（様式２）

　第 号

年 月 日

岐阜県へき地医療支援機構

専任担当官　様

 　派遣元事業主名

へき地の医療機関への看護師等の派遣に係る事前研修実施修了報告書

 このことについて、下記のとおり事前研修を実施しましたので、ご報告します。

記

　　１ 派遣労働者名　　○○　○○

　　２　職種　　看護師、薬剤師　等

　　３　派遣先医療機関　　○○病院（所在地）、○○診療所（所在地）　等

　　４　派遣期間　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで

　　５　派遣先での業務内容　　診療補助業務、調剤業務　等

　　６　事前研修実施日時　　　　　年　　月　　日（　）○○：○○～○○：○○

　　７　研修実施場所　　○○病院会議室、ＷＥＢ研修　等

　　８　研修内容　　別紙資料に基づき実施した。

　　　　　　　　　　　　　　　その他、派遣労働者からの質疑等に対応した。