年　月　日

様式２

石川県健康福祉部地域医療推進室長　様

　　　　　　派遣元事業主

　　　　　　　　　　　　 （所在地）○○県○○市…

　　　　　　　　　　　　 （事業者名）○○株式会社

（代表者名）代表取締役社長　○○　○○

へき地の医療機関への看護師等の派遣に係る事前研修修了報告書

標記について、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. 派遣労働者氏名　　　　○○　○○
2. 職種　　　　　　　　　看護師
3. 派遣先医療機関　　　　○○病院（○○市△△）
4. 派遣期間　　　　　　　令和○年○月○日～令和○年○月○日
5. 派遣先での業務内容　　診療補助
6. 事前研修実施日時　　　令和○年○月○日（○）　○時～○時
7. 研修実施場所　　　　　○○ビル会議室（○○市○○△丁目△番地）及びWEB

　　　　　　　　　　　研修

1. 研修内容　　　　　　　別添資料に基づき実施予定

　　　　　　　　　　　　　その他、派遣労働者からの質疑等に対応

以上

（担当）

〒000-0000

○○県○○市・・・・

○○（株）　○○課　（担当 ○○）

TEL

MAIL