

番 号  
令和 年 月 日

宮崎県へき地医療支援機構担当者 様  
(宮崎県福祉保健部医療政策課)

派遣元事業主名  
(公印省略)

労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律施行令による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

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報告します。

記

1. 派遣労働者氏名 (複数名の場合は別紙記載)
2. 職種
3. 派遣先医療機関
4. 派遣期間 年 月 日～ 年 月 日
5. 派遣先での業務内容
6. 実施日時 年 月 日( ) 時 分～ 時 分
7. 研修実施場所
8. 研修内容 別紙資料に基づき実施

担当: 〒 住所: TEL: MAIL:
----------------------------------