（様式２）

令和　年　月　日

神奈川県健康医療局保健医療部医療整備・人材課

保健医療人材担当課長　殿

所在地

名　称

代表者

（派遣元事業主）

神奈川県へき地の医療機関等への看護師等の労働者派遣に係る事前研修

の実施修了報告書について

　このことについて、次のとおり事前研修を実施したので、その旨報告します。

１　派遣労働者名　　（○○　○○）

２　職種　　（看護師、薬剤師　等）

３　派遣先医療機関等　　（○○病院（所在地）、○○診療所（所在地）　等）

４　派遣期間　　（令和○年○月○日から令和○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　　（令和○年○月○日　○時○分～○時○分）

７　研修実施場所　　（○○病院会議室、○○ビル会議室、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。）

＊　実施計画と同じ場合は資料添付不要、異なる場合は変更部分のみ添付すること。また、事前研修時の画像等があれば、併せて添付すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　問合せ先