別紙２

事　業　計　画　書

１　医療機関の概要

（所在地）

　　（名称）

２　事業計画

（１）派遣計画

　　ア　派遣機関名

　　　　（所在地）

　　　　（名称）

　　　　（分野又は区分名）

　　イ　派遣予定期間

　　　　　　年　月　日（入学日）　～　　　年　月　日（修了日）

　　ウ　派遣看護職員氏名等

　　　　（氏名）

　（免許種類，登録番号）

（２）代替看護職員

　　ア　代替看護職員業務従事予定期間

　　　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

　　イ　代替看護職員氏名等

　　　　（氏名）

（免許種類，登録番号）