（様式２）

年　　月　　日

　広島県健康福祉局長　様

　（広島県へき地医療支援機構）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

へき地の病院等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、次のとおり事前研修を実施しました。

１　派遣労働者氏名（職種）

２　派遣先病院等名称

３　派遣期間

４　派遣先での業務内容

５　事前研修実施日程