（別記様式第１）

　　年　　月　　日

栃木県県へき地医療支援機構　御中

（栃木県医療政策課）

 所在地

 法人名

 代表者名

栃木県へき地医療機関等への看護師等の派遣に係る事前研修実施依頼書

下記のとおり、栃木県内のへき地医療機関等へ医療従事者を派遣する予定としていますので、へき地にある病院等への派遣後に診療の補助等の業務を円滑に行うために必要な研修（事前研修）を実施されるようお願いします。

記

（１）派遣労働者氏名

（２）職種

（３）派遣先医療機関

（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

（担当者）

〒

住所

所属名

職氏名

TEL

MAIL