別紙

令和６年度千葉県看護師特定行為研修等支援事業計画の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 法人住所 |  |
| 法 人 名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 施設住所 |  |
| 施 設 名 |  |
| 担当者所属・氏名 |  |
| TEL |  |
| E-Mail |  |

〇令和６年度事業計画の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設区分  （○を付けてください。） | 受講（研修修了）見込者数 | 受講費用総額 | 左記受講費用のうち  事業者負担総額 |
| a 病院  b 診療所  c 訪問看護ステーション | 人 | 円 | 円 |
| （内訳）1  2  3  4  5 | | 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

注

　１　受講見込者数は、１病院当たりの人数を調整する場合がありますので、予め御了承

ください。

　２　補助対象となるのは、研修の修了日が令和７年３月３１日までの研修です。

　３　（内訳）の行は適宜追加してください。

【照会先】

担当：千葉県健康福祉部医療整備課

看護師確保推進室　稲田

TEL：０４３－２２３－３８７７

FAX：０４３－２２１－７３７９

E-Mail：ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp