

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

提出先アドレス：[ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp)

提出期限：令和5年10月20日（金）

令和5年度千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金  
意向調査票

令和5年 月 日

法人住所	●●県●●市…
法人名	●●法人●●
代表者職・氏名	理事長 ●● ●●
施設住所	●●市…
施設名	●●病院
担当者所属・氏名	●●課 ●●
TEL	000-000-0000
E-Mail	xxx@xxx.xxx

令和5年度において千葉県看護師特定行為研修等支援事業を実施したいので、下記のとおり回答します。

記

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	人	円	円
b 診療所			
c 訪問看護ステーション			
	(内訳) 1	円	円
	2	円	円
	3	円	円
	4	円	円
	5	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 補助対象となる研修は、令和5年4月1日から令和6年3月31日の間に修了する研修です。（研修の開始が令和4年度の研修も対象です（年度をまたぐ研修も対象です））
- 3 （内訳）の行は適宜追加してください。