業　務　計　画　書

１　事業所の名称

２　研修実施場所（事業所）名

　　同施設：

　　法人内：

　　　　　　(→承諾書が必要となります。)

　　委託先：

　　　　　 　　(→別法人に委託する場合は、承諾書と契約書が必要となります。)

２　指導者名（看護師等免許写し及び指導者養成講習等の写しを添付すること）

３　実地研修類型（選択した方に○をつけること）

　　　　第一号研修　　・　　第二号研修

４　研修協力者氏名・実施する内容（例：氏名○○ ○○、口腔内のたん吸引）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 実地研修項目 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

５　研修の実施期間　※当該年度内の記載とする。

　　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

６　研修受講者名　※記載の誤りのないように注意すること。基本研修等の修了証を添付。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 所属事業所名 | 氏　名 | 生年月日(和暦) |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |