

事業計画書

1 医療機関の概要

(所在地)

広島県広島市中区〇〇町〇丁目〇-〇〇

(名称)

医療法人〇〇会 〇〇病院

派遣する看護職員が所属（従事）する医療機関等を記載してください。

2 事業計画

(1) 派遣計画

ア 派遣機関名

(所在地)

東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇〇

(名称)

〇〇病院〇〇センター など

(分野又は区分名)

〇〇〇〇関連・・・

看護職員が研修を受ける研修機関の情報について記載してください。

- 研修コース名や課程名は、(名称)又は(分野又は区分名)のいずれかに記載してください。
- 研修を受ける特定行為分野(パッケージ研修はパッケージ名、パッケージ研修でない場合は取得できる特定分野を全て記載指定下さい。や認定看護分野をすべて記載してください)

例1：特定	例2：特定パッケージ	例3：認定B
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連 循環動態に係る薬剤投与関連 ※全て記載	領域別パッケージ研修 外科術後病棟管理 領域	(認定)認定看護師教育課程B課程「クリティカルケア学科」 (特定)栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

イ 派遣予定期間

令和〇年〇月〇日(入学日) ~ 令和〇年〇月〇日(修了日)

ウ 派遣看護職員氏名等

(氏名)

県立一子

(免許種類, 登録番号)

看護師免許：〇〇〇〇〇〇〇〇

代替看護職員は、新たに雇用した看護職員のみ対象です。代替看護職員確保のために配置換えした場合は、移動元に新たに代替職員を雇用している必要があります。

(2) 代替看護職員

ア 代替看護職員業務従事予定期間

令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日

イ 代替看護職員氏名等

(氏名)

〇〇 〇子

(免許種類, 登録番号)

看護師免許：〇〇〇〇〇〇〇〇

従事予定期間は雇用期間ではなく、代替従事の期間になるため、上記派遣者の派遣予定期間内で、代替として従事する期間を記載してください。この期間に基づき、代替職員の対象経費を試算してください。