（別紙１２）

看護師の特定行為研修推進事業

事業計画書

１　受講者

　　　氏名：

生年月日：　　　　年　　　月　　日（　　　歳）

２　指定研修機関

住所：

　　　機関名：

３　受講科目（修了科目）

　　　区分名：

　　　行為名：

４　受講期間

期間：　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

　　（未修了の場合、修了予定日：　　　　年　　月　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者  連絡先 | 医療機関名 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| メール |  |