

番 号
令和 年 月 日

(派遣元事業主名)
(派遣者) 様

宮 崎 県 へ き 地 医 療 支 援 機 構
(宮崎県福祉保健部医療政策課)

労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律施行令によるへき地の医療機関への看護師等の派遣に係る事前研修修了証明書

あなたは、下記のとおり派遣されるに当たり、診療の補助等の業務を円滑に行うために必要な研修(事前研修)を修了したことを証明します。

記

1. 職種
2. 派遣先医療機関
3. 派遣期間 年 月 日～ 年 月 日
4. 派遣先での業務内容