別紙５

**令和７年度**認定看護師課程派遣助成事業計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　　属 |  |
| 担当者職氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

　下表に必要事項を記入してください。

　　※令和７年度に受講する認定看護師教育課程への派遣について記載すること。

＜公益社団法人日本看護協会の制度＞

注）山口県立大学で開講予定の感染管理認定看護師課程は除く（対象外）

|  |
| --- |
| 派遣人数 |
| 人 |

（派遣人数の内訳）

○Ａ課程　※特定行為研修なし

|  |  |
| --- | --- |
| 分野 | 派遣人数 |
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |

○Ｂ課程　※特定行為研修あり

|  |  |
| --- | --- |
| 分野 | 派遣人数 |
|  | 人 |
|  | 人 |
|  | 人 |

＜一般社団法人日本精神課看護協会の制度＞

|  |
| --- |
| 派遣人数 |
| 人 |