別紙６

**令和７年度**特定行為研修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年度に開講する特定行為研修への派遣について記載すること。

　　※認定看護師課程（B課程）への派遣については記載しないこと。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣人数 | 派遣する特定行為研修の日程 | 施設が受講料等を  負担する時期 |
| 人 | 令和　　年　　月～令和　　年　　月 | 令和　　年　　月 |
| 令和　　年　　月～令和　　年　　月 | 令和　　年　　月 |
| 令和　　年　　月～令和　　年　　月 | 令和　　年　　月 |
| 令和　　年　　月～令和　　年　　月 | 令和　　年　　月 |
| 令和　　年　　月～令和　　年　　月 | 令和　　年　　月 |