様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

公益社団法人　奈良県看護協会

　会　長　　〇〇　〇〇　　　　様

　　　　　　　　　　　　　申請者　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所の名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　連絡先　　事業担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

令和６年度 プリセプター配置支援事業 申請書

　このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　事業の名称　　　プリセプター配置支援事業

２　新人看護師雇入れ（予定）時期　（複数人いる場合は全員の予定月日を記入）

　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

３　プリセプター名（複数人いる場合は指導予定者全員の氏名を記入）

４　事業計画書（別表１）