様式２

　　　　令和　年　月　　日

公益社団法人　奈良県看護協会

　会長　　　　　　　　　　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５年度プリセプター配置支援事業実績報告書

　標記事業に係る事業実績について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

１　新人看護師雇入日　　（複数人いる場合は全員の月日、氏名を記入）

令和５年　　月　　日

令和５年　　月　　日

令和5年　　月　　日

２　プリセプター名（複数人いる場合は全員の氏名を記入）

３　助成金所要額　　金　　　　　　　　　　　　　　円

４　関係書類

(1)事業実績書（別表２）

(2)同行時間等確認表（別表３）

　　　(3)事業費確認表（別表４）

　　　(4) ①新人看護師の雇入確認書類（雇用契約書の写し）

　　　　　②新人看護師の訪問看護未経験の確認書類（履歴書の写し）

　 　 　　③支援・指導期間の新人看護師およびプリセプター全員のタイムカードの写し

　　 ①については当該者の「性･生年月日･住所・電話番号」はマーカー等で消して下さい

②は職歴の記載頁のみの写し。｢性･生年月日･住所･電話番号」はマーカー等で消して下さい。