栃木県医政第　　　号

へき地医療機関等への看護師等の派遣に係る事前研修修了証明書

（受講者名）

あなたは、下記のとおり派遣されるに当たり、へき地にある病院等への派遣後に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

（４）派遣先での業務内容

 年　　　　月　　　日

 栃木県保健福祉部医療政策課長

 （栃木県へき地医療支援機構）