担当：千葉県健康福祉部医療整備課看護師確保推進室　稲田

提出先アドレス：[ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp)

提出期限：令和５年１０月２０日（金）

令和５年度千葉県看護師特定行為研修等支援事業補助金

意向調査票

令和５年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 法人住所 | ●●県●●市… |
| 法 人 名 | ●●法人●● |
| 代表者職・氏名 | 理事長　●●　●● |
| 施設住所 | ●●市… |
| 施 設 名 | ●●病院 |
| 担当者所属・氏名 | ●●課　●● |
| TEL | 000-000-0000 |
| E-Mail | xxx@xxx.xxx |

印

令和５年度において千葉県看護師特定行為研修等支援事業を実施したいので、下記のとおり回答します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設区分  （○を付けてください。） | 受講（研修修了）見込者数 | 受講費用総額 | 左記受講費用のうち  事業者負担総額 |
| a 病院  b 診療所  c 訪問看護ステーション | 人 | 円 | 円 |
| （内訳）1  2  3  4  5 | | 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

注

　１　受講見込者数は、１病院当たりの人数を調整する場合がありますので、予め御了承

ください。

　　２　補助対象となる研修は、令和５年４月１日から令和６年３月３１日の間に修了する研修　　です。（研修の開始が令和４年度の研修も対象です（年度をまたぐ研修も対象です））

　３　（内訳）の行は適宜追加してください。