

新人看護職員研修事業計画の概要

1. 病院の名称・所在地等

名 称 _____
 所 在 地 _____
 電 話 番 号 _____
 担当者の所属・氏名・Mail アドレス _____

2. 令和6年度新人看護職員研修事業費補助金の要望（いずれかに○を記載ください。）

(1) 新人看護職員研修事業を、（ 実施する ・ 実施しない ）

実施する場合、人数（予定数）を記入してください。

新人保健師	新人助産師	新人看護師	新人准看護師	合計

(2) 医療機関受入研修事業を、（ 実施する ・ 実施しない ）

実施する場合、受入人数（予定）を記入してください。

外部の新人看護職員所属先	受入人数				計
	新人保健師	新人助産師	新人看護師	新人准看護師	
病院（病床 床）					
病院（病床 床）					
診療所					
助産所					
介護老人保健施設					
訪問看護ステーション					

3. 施設内の看護職員数等

	令和2年度	令和3年度	令和4年度
常勤換算看護職員数	人	人	人
看護職員離職率	%	%	%
<u>新人</u> 看護職員数	人	人	人
<u>新人</u> 看護職員離職率	%	%	%

※小数第2位を四捨五入し、小数第1位まで記載してください。

離職率 = 当該年度の退職者数 / 当該年度の平均職員数 × 100

※平均職員数 = (年度当初の在籍職員数 + 年度末の在籍職員数) / 2

照会先

千葉県健康福祉部医療整備課
 看護師確保推進室 担当 伊藤
 電話：043 - 223 - 3885
 Mail：ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp