

別紙

令和6年度千葉県看護師特定行為研修等支援事業計画の概要

法人住所	
法人名	
代表者職・氏名	
施設住所	
施設名	
担当者所属・氏名	
TEL	
E-Mail	

○令和6年度事業計画の概要

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	円	円
	2	円	円
	3	円	円
	4	円	円
	5	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 補助対象となるのは、研修の修了日が令和7年3月31日までの研修です。
- 3 (内訳)の行は適宜追加してください。

**【照会先】**

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

TEL：043-223-3877

FAX：043-221-7379

E-Mail：ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp