別紙１-３

潜在看護職員再就業推進事業　事業計画書

　病院名

　住所等　　　〒

　　　　　　　TEL

　　　　　　　FAX

　担当者名　　部署

　　　　　　　職位・職種

　　　　　　　氏名

　　　　　　　Mail

　ｱﾄﾞﾊﾞｲｻﾞｰ　 職位・職種

　　　　　　　氏名

　　　　　　　経験年数

【研修目標】

【研修計画】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 時間（午前）・内容 | 時間（午後）・内容 | 研修  時間 | 指導  時間 |
| ○/○  ～○/○ | 9：00　オリエンテーション  10：00　院内案内　　　など | 13：00　外来案内　　　　など | 9:00～17:00 |  |
|  |  |  |  |  |

※研修時間：研修生が実際に実習する時間

　指導時間：病院職員が指導に要する時間