

<送信先> 鳥取県 医療政策課 医療人材確保室 足立

【電子メール】 adachir@pref.tottori.lg.jp

【ファクシミリ】 0857-21-3048

認定看護師養成研修受講費補助金希望調書

申請者	所在地
	施設名
	代表者名
担当者	部署名
	職名・氏名 (電話番号)
	(電子メール)
研修受講看護師名	
受講施設名	
受講分野名	
受講期間	令和 年 月から令和 年 月まで
受講決定の時期	令和 年 月頃
受講料等の支払時期・金額	令和 年 月 () 円
研修受講看護師名	
受講施設名	
受講分野名	
受講期間	令和 年 月から令和 年 月まで
受講決定の時期	令和 年 月頃
受講料等の支払時期・金額	令和 年 月 () 円
【備考】	

※不明な箇所は空欄で結構です。

※支払時期は個人が支払う時期ではなく、病院が支払う時期を記載してください。