（別紙１）

名古屋市緩和ケア認定看護師等資格取得支援事業　事業計画書

１　補助金対象職員

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 所属 | 医療機関名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 従事職務内容 | 現在の  所属部署 |  | | |
| 従事職名 |  | | |
| 具体的な  職務内容 |  | | |
| 経験年数 | 臨床（従事）経験　　　　年　　　　ヶ月  （うち緩和ケア分野の経験年数　　　　年　　　　ヶ月） | | | |
| 看護師  または  薬剤師免許 | 番号 |  | | |
| 取得年月日 |  | | |

２　教育課程の概要（緩和ケア認定看護師のみ）※審査料及び認定料の申請時は記入不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講教育機関 | 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 受講期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日まで | |
| （派遣期間） | 年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日まで | |
| 派遣期間中の  宿泊地 |  | |

３　代替職員（緩和ケア認定看護師のみ）※審査料及び認定料の申請時は記入不要

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用職員氏名 |  |
| 雇用予定期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日まで |

４　認定審査又は認定試験

|  |  |
| --- | --- |
| 受験年度 |  |