

公益社団法人富山県看護協会長 殿

法人の所在地

法人の名称

代表者氏名

印

テレワーク型訪問看護ステーションモデル事業申込書

テレワーク型訪問看護ステーションモデル事業を実施したいので、下記のとおり申し込みます。

記

訪問看護ステーションの名称	
〃 所在地	
〃 管理者氏名	
連絡先 TEL/FAX	TEL _____ FAX _____
電子メールアドレス	
看護職員数 (H28年4月1日現在)	常勤 _____ 人 非常勤 _____ 人 常勤換算 _____ 人 今年度中に新規雇用見込みの場合の雇用計画 〔 _____ 〕
対象事業所の要件 ※(1)～(3)は全て、(4)、(5)は いずれかを満たすこと	満たしている要件に○をつけること (1) (2) (3) (4) (5)
事業計画	
事業に要する費用及び その内訳	

注 その他事業内容の詳細を記した資料を添付すること。

公益社団法人富山県看護協会長 殿

法人の所在地

法人の名称

代表者氏名

印

訪問看護トライアル雇用事業申込書

訪問看護トライアル雇用事業を実施したいので、下記のとおり申し込みます。

記

訪問看護ステーションの名称	
〃 所在地	
〃 管理者氏名	
連絡先 TEL/FAX	TEL _____ FAX _____
電子メールアドレス	
看護職員数 (H28年4月1日現在)	常勤 _____人 非常勤 _____人
事業計画	
事業に要する費用及び その内訳	

注 その他事業内容の詳細を記した資料を添付すること。

公益社団法人富山県看護協会長 殿

法人の所在地

法人の名称

代表者氏名

印

訪問看護ステーション業務改善推進事業申込書

訪問看護ステーション業務改善推進事業を実施したいので、下記のとおり申し込みます。

記

訪問看護ステーションの名称	
〃 所在地	
〃 管理者氏名	
連絡先 TEL/FAX	TEL _____ FAX _____
電子メールアドレス	
看護職員数 (H28年4月1日現在)	常勤 _____ 人 非常勤 _____ 人 常勤換算 _____ 人 今年度中に新規雇用見込みの場合の雇用計画 〔 _____ 〕
対象事業所の要件 ※(1)～(3)は全て、(4)、(5) はいずれかを満たすこと	満たしている要件に○をつけること (1) (2) (3) (4) (5)
事業計画	
事業に要する費用及び その内訳	

注 その他事業内容の詳細を記した資料を添付すること。