令和　　年　　月　　日

集計票

石川県医療対策課長　様

住所：

法人名：

施設・事業所名：

担当者（所属・氏名）：

問い合わせ先（TEL）：

e-mail（代表）：

**保健師、助産師、看護師及び准看護師の業務従事者届の提出について**

**（集計票）**

　このことについて、下記のとおり提出いたします。

記

１．届出用紙の提出枚数（免許保持数ではなく、実人数をご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 保健師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |
| ↓自治体や法人で、複数の施設分を取りまとめて提出する場合、ご記載ください。 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（単位：枚）

* 貴施設からの提出の有無を確認するため、該当者なしの場合も０枚と記載のうえ

ご返送ください。

* 後日、届出の内容について、問い合わせをさせていただく場合がございます。

予めご了承ください。