

集計票

令和 年 月 日

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。