

■ 간호법 시행규칙 [별지 제14호서식]

문서번호 (전화번호)

시행일자

수신 발신 (인)

제목      년도 간호사 보수교육계획서 제출

|               |            |      |            |            |       |                      |  |
|---------------|------------|------|------------|------------|-------|----------------------|--|
| 기관명           |            |      |            | 대표자 성명     |       |                      |  |
| 소재지           |            |      |            | 전화번호       |       |                      |  |
|               |            |      |            | 전자우편주소     |       |                      |  |
| 보수교육<br>실시기관명 | 교육예정<br>인원 | 교육과목 | 교육예정<br>시간 | 교육예정<br>일자 | 소요 예산 | 교육받는<br>사람의<br>경비부담액 |  |
|               |            |      |            |            |       |                      |  |