

資金	課程	修学生番号					

※就業施設変更にかかる提出の場合、変更後の就業施設の証明が必要です。

業務従事届

年 月 日

滋賀県知事

〒
 住 所
 電話番号 () -
 氏 名

次のとおり看護職員としての業務に従事したので、届け出ます。

就業先	住 所			
	名 称			
	業務開始年月日	年	月	日
免 許	種 類	(登録年月日)	(登録番号)	
	保・助・看・准・歯 (該当するものに○)	年 月 日	第	号
貸与時の養成施設名		(年 月卒)		

上記の者は、年 月 日から

(職名) 保健師 助産師 看護師 准看護師 歯科衛生士
 (就業形態) 常勤(正規) 非常勤(非正規) } ※該当するものに○
 (就業時間) 約 週 日 (約 週 時間)

として当施設に在職していることを証明します。

年 月 日

従事先所在地

従事先施設名

従事先施設長名

職 印

※この欄は、必ず就業した施設が記入してください。

●記入について御不明点な点等ございましたら滋賀県健康医療福祉部医療政策課（看護職員修学資金担当：077-526-8188）までお問合せください。