（その８）

授業料資金異動届

（免許取得届出用）

年　　月　　日

（宛先）

　滋賀県知事

修学生番号

住所　〒

氏名

電話番号

次のとおり免許を取得しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| ※１免許の種類 | 看護師　・　歯科衛生士 |
| 登録都道府県 |  |
| 登録年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 登録番号 |  |
| ※２添付書類 | 免許証の写し　・　登録済み証明書の写し |
| 備考 |  |

注　※１欄および※２欄は、該当する項目を○で囲んでください。