

(その 10)

授業料資金異動届
(離職・求職届出用)

年 月 日

(宛先)
滋賀県知事

修学生番号 _____

住所 〒 _____

氏名 _____

電話番号 _____

次のとおり業務に従事しなくなりましたので届け出ます。

離職年月日		年 月 日
離職した就業先	所在地	
	名称	
離職の理由 (該当する項目の番号を ○で囲んでください。)		1 県内の他の医療機関等で看護職員または歯科衛生士の業務に従事する(見込みである)ため。 (就業予定の施設名:) 2 県外施設で看護職員の業務に従事する(見込みである)ため。 (就業予定の都道府県:) 3 その他 ()

離職の理由が1の場合のみ、以下も記入してください。

離職日から3箇月以内に県内医療機関等に 再就業する意思 (いずれかを○で囲んでください。)	有(注1)・無
就業予定年月	年 月

注1 有に該当する者で、返還猶予を受けようとするものは、この届と同時に「授業料資金返還猶予申請書(別記様式第11号)」を提出してください。
2 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。