

新見市看護師定着奨励金受給者認定申請書

年 月 日

新見市長 様

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

新見市看護師定着奨励金給付要綱第6条第1項の規定により奨励金の受給者の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

| | | | |
|------------------------------|-------|----------|------------|
| (フリガナ) 受給者氏名 | | | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日 | 雇用開始日の年齢 | 歳 |
| 就 職 した 医 療 機 関 等 の 名 称 | | | |
| 雇 用 開 始 日 | 年 月 日 | 職 種 | 看護師 ・ 准看護師 |
| 最 終 学 歴 | 年 月 日 | 卒業 | |
| 勤 務 経 歴 | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |

(添付書類)

- ・雇用証明書又は雇用契約書など雇用開始日及び正規職員として雇用されていることが確認できる書類
- ・資格を証明する書類の写し（看護師免許証等の写し）