

業 務 開 始 ・ 廃 止 届

年 月 日

群馬県知事 あて

次のとおり業務の従事を開始・廃止しました。

氏 名		
業 務 内 容	{保健師・助産師・看護師・准看護師} の業務	
業 務 開 始 年 月 日	年	月 日
就 業 先	所 在 地	
	名 称 (施 設 名)	
	雇 用 ・ 任 用 期 間	定めなし・定めあり (週30時間以上)
廃 止 の 理 由		

注 雇用・任用期間の定めがあり、勤務時間が週30時間を下回る場合、修学資金を返還しなければなりません。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

就業施設の長

印

※以下は修学生本人が記入してください。

決 定 番 号	第 号	第 号
	第 号	第 号
氏 名		
住 所	〒	
電 話 番 号		
修学資金貸与時の養成施設又は大学院名	( 年 月卒業・修了)	