

就 業 状 況 届

年 月 日

群馬県知事 へ

年 月 日現在、次のとおり就業しています。

氏 名		
就業先	所在地	
	名称(施設名)	
業務内容	{保健師・助産師・看護師・准看護師}の業務	
雇用・任用期間	定めなし・定めあり(週30時間以上)	
就業開始年月日	年 月 日	
備考		

注1 毎年4月15日までに提出してください。就業状況届が提出されない場合、修学資金全額の返還を求める場合があります。

2 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)	