**就　　　　　　業　　　　　　届**

令和　　年　　月　　日

　　　（宛先）

　　　　　　　　　埼玉県知事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　被貸与者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 生年月日 |  　　　　　　　　　年　　月　　日生 |
| 貸与番号 |  |
| 電話番号 |  |

　　私は、下記のとおり就業したので、埼玉県看護師等育英奨学金貸与条例施行規則第７条の規定により

　届け出ます。

記

　１　施設の名称

　２　施設の所在地

　３　就業年月日　　　　令和　　年　　月　　日

　４　看護師等の資格の状況（有する資格名の下欄に免許証の登録番号を記入すること。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護師 | 准看護師 | 保健師 | 助産師 |
|  |  |  |  |

　　上記のとおり就業し、【看護師・准看護師・保健師・助産師】の業務に従事していることを証明します。

令和　　年　　月　　日

施設の名称

施設の長　　　　　　　　印

**就　　　　　　業　　　　　　届**

記入例

令和７年４月１５日

　　　（宛先）

　　　　　　　　　埼玉県知事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　被貸与者 | 住　　所 | 埼玉県さいたま市浦和区高砂３－１５－１ |
| 氏　　名 | 埼玉　太郎　　　　　　　　　　　  |
| 生年月日 |  　　　　　　平成８年　４月　１日生 |
| 貸与番号 | １２３４５６７８ |
| 電話番号 | ０９０－１２３４－１２３４ |

　　私は、下記のとおり就業したので、埼玉県看護師等育英奨学金貸与条例施行規則第７条の規定により

　届け出ます。

日中に御連絡のとれる番号を記入してください。

記

令和７年５月３１日までに就業していない場合は、一括返還となりますので御注意ください。

　１　施設の名称　　　医療法人○○会　高砂クリニック

　２　施設の所在地　　埼玉県さいたま市浦和区高砂３３－１５５－１

　３　就業年月日　　　令和７年４月１日

免許の申請中で、登録番号が分からない場合は、「免許申請中」と記入してください。

後日、登録番号が分かった時点で必ず医療人材課に御連絡ください。

　４　看護師等の資格の状況（有する資格名の下欄に免許証の登録番号を記入すること。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 看護師 | 准看護師 | 保健師 | 助産師 |
| ○○○○○○○ | ○○○○○ |  |  |

該当する職種に○を付けてください。

　　上記のとおり就業し、【看護師・准看護師・保健師・助産師】の業務に従事していることを証明します。

令和７年４月１０日

施設の名称　医療法人○○会　高砂クリニック

施設の長　　高砂　太郎印

必ず施設に記入を依頼してください。