

返還免除施設での就業をやめる人は

「返還明細書」と「業務廃止届」を医療政策課看護担当に提出してください。

修学生決定番号第 _____ 号

業 務 廃 止 届

住 所 徳島市万代町1丁目1番地

氏 名 徳 島 花 子

昭和50年7月15日生

TEL 088-621-2226

このたび看護師等修学資金の返還免除施設での看護業務を廃業しましたので報告します。

1 職 種 看 護 師

2 就業していた場所

所在地 ○○市○○町○○

施設名 ○○病院

3 業務廃止年月日 平成○○年 ○○月 ○○日

4 廃止の理由 県外へ転居するため

報告者氏名 徳 島 花 子

徳 島 県 知 事 殿