

(その8)

看護職員修学資金異動届
(免許取得届出用)

年 月 日

(宛先)
滋賀県知事

修学生番号 _____

住所 〒 _____

氏名 _____

電話番号 _____

次のとおり免許を取得しましたので届け出ます。

※1 免許の種類	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師
登録都道府県	
登録年月日	年 月 日
登録番号	
※2 添付書類	免許証の写し ・ 登録済み証明書の写し
備考	

注 ※1 欄および※2 欄は、該当する項目を○で囲んでください。