

看護師奨学金返還助成金在籍報告書

年 月 日

朝倉市長

雇用病院等

所在地

名称

代表者氏名

⑩

次の事項について相違ないことを証明します。

(フリガナ)	
雇用した者の氏名	
生年月日	年 月 日
雇用年月日	年 月 日
条件 該当する事項に チェックする。	<input type="checkbox"/> 雇用年月日から継続して雇用中である。 <input type="checkbox"/> 正規職員である。 <input type="checkbox"/> 雇用開始日から2年以上継続して雇用する予定である。