(看修10) ※　指定機関等において業務に従事している途中で、勤務先を変更する場合に使用

|  |
| --- |
| 　　　　　　年　　　月　　　日　　　　三重県知事　　宛て**勤　務　先　変　更　届　出　書**　三重県保健師助産師看護師等修学資金の返還猶予期間（指定機関等にて業務に従事）中において勤務先を変更するため、次のとおり届け出ます。　就業者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　修学生番号　　　　　　　　生年月日　　　　 　　　年　 　月　 　日　　　電話番号　　　 　　－　　 　　－　　 　　　メールアドレス　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　就業者現住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　１　新しい勤務先の業務内容（該当する項目に○をしてください。）　　　　【記載にあたっての注意事項】※　看護職員業務とは、看護師等の資格を要する業務、助産師業務とは、助産師の資格を要する業務です。　　　　　　　※　 ウ に該当する場合、返還免除の対象外となります。　　　ア　看護職員業務　　　　　イ　助産師業務　　　　　ウ　その他業務　２　新しい勤務先の業務形態（該当する項目に○をしてください。）　　　　　【記載にあたっての注意事項】　　　　　　　　※　非常勤職員の勤務時間が週単位で定められていない場合で、月平均勤務予定時間が１２８時間以上の場合は イ を、それ未満の場合は ウ を選択してください。　　　　　　　　※　非常勤のうち、 ウ に該当する場合、返還猶予の対象外となります。　　　ア　常勤職員　　　　　イ　非常勤職員（週３２時間以上勤務）　　　　　　　　　　　　　　ウ　非常勤職員（週３２時間未満勤務）　３　新しい勤務先の就業開始日　　　令和　　　年　　　月　　　日　から　　　　　【記載にあたっての注意事項】　　　　　　　　※　該当修学資金における看護職員資格の取得後の日付を記入してください。　　　　　　　　〔例〕准看護師及び看護師の資格を取得していて、看護師養成課程のみで修学資金を利用した場合、看護師資格の取得（登録）日以後の日付を記入。　４　添付書類　　　前就業先の『就業証明書』の写し（原本は後日の返還免除申請時まで保管） |
| 上記記載事項（４を除く）について、相違ないことを証明します。　　　証明年月日 ： 令和　　　年　　　月　　　日施設の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人名等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人名等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人名等とは別に施設名称を明記のこと。） |

※　この証明書は、公金返還猶予の証拠書類となります。 記入にあたってはご留意ください。

※　(証明医療機関→三重県へ提出)

就業先医療機関の証明印廃止により、証明書の真正性を担保するため、証明を行った医療機関より提出をお願いします。