業　務　従　事　届

年　　月　　日

北海道知事　様

〒

借受者　　住　　所

TEL

氏　　名

（旧姓）

生 年 月 日　　年　　月　　日生

出身学校名

次のとおり、業務に従事しましたので届け出ます。

記

1　　従　　事　　先　　所在地

施設名

TEL

2　従事開始年月日　　年　　月　　日

3　　免　　許　　保健師・助産師・看護師・准看護師

免許番号　　第　　号

登録年月日　　年　　月　　日

上記のとおり従事していることを証明します。

年　　月　　日

就業施設の長

注　免許の写しを添付すること。

看護師２年課程の借受者のある場合は、准看護師免許についても記載すること。