様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

石垣市長　　　　様

（申請者）住所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　年　　月　　日（　　歳）

連絡先

石垣市島外看護師等誘致支援事業補助金交付申請書

　　石垣市島外看護師等誘致支援事業補助金交付要綱第６条の規定に基づき、補助金の交付を申請します。

記

１　勤務予定の医療施設等名

２　勤務開始予定日

３　添付書類

(1)　看護師等免許証の写し

(2)　誓約書（様式第２号）

(3)　印鑑登録証明書（申請者・連帯保証人）

(4) 住民票（現在、居住している市町村の住民票）

(5) 採用通知書の写し（就職が決まったことを証明する書類）

(6) 履歴書

(7) その他市長が特に必要と認める書類