様式３（第１０関係）

平成　　年　　月　　日

　　青　森　県　知　事　　殿

住　所

申請者（開設者）　　　　　　　　　　　　　　印

氏　名

看護職員資格取得特別対策支援申請書

ひとり親家庭等の方の、正看護師又は准看護師の資格取得の支援と、支援を受けて資格取得した方の、本医療機関での雇用を希望しますので、平成２９年度青森県看護職員資格取得特別対策事業募集要項に基づき、次のとおり申請します。

１．医療機関

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 |  | | | |
| 所在地 | 郵便番号（　　　　　）  　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　） | | | |
| 院　長 |  | | | |
| 診療科 |  | | | |
| 病床数 | 床　（種別　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 担当者 | 氏　名 |  | 電話番号 |  |

２．資格取得を支援し、当該医療機関での雇用を希望する対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | １．正看護師  ２．准看護師  ３．どちらでも可 | 性　別 | １．男　性  　２．女　性  　３．どちらでも可 |
| 年　齢 | １．２０代以下  ２．３０代  ３．４０代以上  ４．年齢問わず | 出身地 | １　　　　市及びその近辺  ２．どこの出身でも可 |
| その他 |  | | |