

就 業 変 更 届

年 月 日

千葉県知事

様

住所

借受人

氏名

次のとおり { 就業場所（ ）を変更した } ので、届け出ます。
 { 県内、200床未満の病院等又は指定地域内において保健師等の業務に従事しなくなった }

修 学 生 番 号		貸 付 区 分	1 特別貸付け 2 地域特別貸付け 3 一般貸付け
変 更 年 月 日	元号 年 月 日		
新 勤 務 場 所	郵便番号	電話番号	
	都 道 市 町 (大字) 府 県 区 郡 村		
	丁目		
			※施設区分
名 称			
旧 勤 務 場 所	郵便番号	電話番号	
	名 称		
新 業 務			
旧 業 務			
備 考			
上記のとおり就業したことを証明します。 施設の長 印			

注

- 1 () は、保健師等の業務の種類を記入すること。
- 2 勤務先を変更し、又は退職した場合は、変更又は退職をする前の勤務先の保健師等の業務に従事したことを証明する書類を添付すること。
- 3 県内、200床未満の病院等又は指定地域内において保健師等の業務に従事しなくなった場合にあっては、新勤務場所及び新業務の記載並びに施設の長の証明は必要が無いものとする。
- 4 ※については、特別貸付けを受けていた者は裏面も記載し、その番号を記入すること。（※地域特別貸付け及び一般貸付けは記入不要）