

研修費助成申請書 (見本)

平成 29 年 9 月 〇〇 日

公益社団法人栃木県看護協会 会長 様

(申請者)

所在地 宇都宮市〇〇町 3337-1

法人名 医療法人〇〇会

病院名 (施設名) 〇〇病院

代表者職・氏名 院長 〇〇 〇〇 印

担当者名 看護部長 〇〇 〇〇

電話番号 028-〇〇〇-〇〇〇〇

代表者印は
申請時、報告時、
請求時とも同じ
印を押印してく
ださい

平成 29 年度看バック！再就業応援プログラム事業（研修経費助成）における研修経費の助成を以下のとおり申請します。

記

1 研修受講者（再就業者）

氏名 看護 花子 (女・男) 生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)
資格 保健師 助産師 (看護師) 准看護師

※取得されている看護職資格は全て記載ください。

2 看護経験年数 (〇年 〇ヶ月)

3 最終離職年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 現在 (〇年 〇ヶ月)

4 雇用予定期間 平成 29 年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日

※雇用期間が半年で更新される場合、1年以上勤務希望されていることを本人へご確認ください。

5 研修予定期間 平成 29 年 9 月 1 日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日 ※H30 年 3 月 10 日まで

6 雇用形態 常勤 ・ (非常勤)

採用者に合わせて〇をつけてください

7 勤務時間 〇〇時〇〇分 ~ 〇〇時〇〇分 週〇日勤務 (〇〇時間/週)

8 本業務に従事できる研修指導員数 〇人

9 看護職員の就労環境に配慮した取り組み

・例) 育児短時間勤務制度 ← 配慮している取り組みを記載ください。

・

別表1の合計金額を入力します

10 研修に要する予定金額 〇〇〇, 〇〇〇 円

| | 金額 | 内訳 |
|-------|-----------|---|
| 衛生材料等 | 〇〇, 〇〇〇円 | ※別表1を添付でも良い。 ※領収書は不要です。 |
| 参考図書等 | 〇〇, 〇〇〇円 | 図書名等：〇〇〇〇 ※購入する本等のタイトルを記載し領収書の写しを報告時に添付する。(領収書日付は平成29年9月1日～平成30年3月10日) |
| 合計 | 〇〇〇, 〇〇〇円 | |

※ 原則、添付書類は不要です。ただし、必要に応じ、関係書類を求めることがあります。