様式第９号（第17条関係）

在　　職　　報　　告　　書

年　　　月　　　日

　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　 名

　病院薬剤師確保事業奨学金返還補助金交付要綱第17条の規定により、 　　　年度の在職状況について下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 対 象 者 認 定 番 号 |  |
| 認定者氏名 |  |
| 勤務先 | 施 設 名 称 |  |
| 施設所在地 |  |
| 該当年度における勤務期間 | 　 　年　 　月　 　日 ～　 　　年　 　月　　 日 |

【添付書類】

・在職証明書

参考様式

在　職　証　明　書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）　氏　　　　名 |  |
| 生 年 月 日 | 　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　　　所 |  |
| 就業施設及び期間 | 施 設 名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 就業期間 | 　　 　年　　月　　日 ～　 　　年　　月　　日 |
| 職　　　　種 |  |
| 職 務 内 容 |  |

　上記の者は、当施設の正規雇用職員であり、上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

* 正規雇用者とは、雇用期間の定めのない契約に基づく雇用とし、就業規則等で定める職員と同様の扱いとなる雇用形態をいう。