|  |
| --- |
|  様　式　⑦重　度　障　害　届  　　　 年　　　　月　　　　日 　 　　奈良県知事　　　　　　　　　　　　　殿 住　　所　〒 氏　　名（続柄） 　　　 　 　　 |
| 氏　　　　名 |  | 貸与決定番号 |  |
| 看護師学校等の名称 |  |
| 入 　学 　年 　度 |  |
| 貸 　与 　期 　間 | 年　　　　月　～　　　　年　　　　月 |
| 業務先 | 名　　　 　称 |  |
| 所 　在 　地 |  |
| 業　務　期　間 |  年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |
| 重度障害の理由 |  |
|  （注） １　業務先の在職証明書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ２　診断書（写）を添付してください。 |