

様式第24号(第16条関係)

修学資金決定番号	第	号
----------	---	---

現 況 届

年 月 日

福岡県知事 殿

〒  
住 所  
氏 名

※記名押印又は署名

自 宅 電 話 番 号

下記のとおりでありますので、お届けします。

本 籍		
住 所		
業 務 従事先	所在地	
	名 称	電話番号( )
進学した 他種養成 施設又は 大学院の 博士課程	所在地	
	名 称	電話番号( )
勤務先	所在地	
	名 称	電話番号( )
備 考		

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

業務従事先、進学した養成施設若しくは大学院の博士課程又は勤務先の長

住 所  
氏 名

※記名押印又は署名

- 備考 1 業務従事先欄は、看護職員としての業務従事先を記載するものであるから看護職員  
の免許取得前のものについては、この欄は記載しないで、勤務先欄に記載すること。  
2 進学した他種養成施設又は大学院の博士課程欄は、看護職員の養成施設又は大学院の  
博士課程に進学した者が記載するもので、これらの者以外は記載の必要がないこと。