

様式第9号(第10条関係)

看護職員業務中止届

年 月 日

長崎県知事 様

貸与決定番号(保・助・看・准)第 一 号

住所

氏名

電話

下記のとおり看護職員の業務を中止しましたので届け出ます。

記

最終就業施設名	
中止年月日	年 月 日
中止理由	

- (添付書類) 1 勤務証明(退職証明)書
2 やむを得ない事由により看護業務を中止する場合は、その事実を証する書類