新型コロナワクチン接種人材確保業務に関する就業準備金給付要望書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　　名** |  |
| **生年月日** | 西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　日　　　　　歳 |
| **住　　所** | 〒 |
| **電話番号**  確認連絡を行うことがありますので日中つながりやすい番号を記載ください。 |  |
| **メールアドレス** |  |
| **コロナワクチン接種業務採用日・契約日等** | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| **コロナワクチン接種業務従事開始日時** | 年　　　　　　月　　　　　日 |
| **雇用先・接種会場・接種施設**  上記の就業内容および雇用先（依頼先）がわかる書類を添付してください。（コピー可） |  |
| **研修受講内容**  協会研修の場合は受講日のみ記載、それ以外の研修の場合は、研修の主催者、受講日、受講場所、受講内容を具体的に記載ください。  受講を示す書類があれば添付してください。 |  |
| **ナースセンター登録状況**  　　　求職者番号 |  |

協会使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 就業準備金給付申請書発行状況 | 交付　　　・　　　該当せず |