|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | |