

箕面市補助事業実績報告書

(宛先)箕面市病院事業管理者

申請者 住 所
氏 名
(団体の場合はその名称及び代表者の氏名)

令和 年 月 日付け箕病人第 号の2をもって交付決定通知のありました令和 年度箕面市看護師等確保対策就職支度補助金について、補助事業が完了しましたので、箕面市補助金交付規則第12条の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 補助事業の名称	箕面市看護師等確保対策生活支援補助金
2 補助事業の目的	
3 補助事業の内容	
4 交 付 決 定 額	円
5 補 助 事 業 の 経 費 の 配 分	(1) 全体事業費 円 (2) 補助対象事業費 円 (3) 補助率
6 補 助 事 業 の 完 了 年 月 日	年 月 日 (採用日の属する月の36ヶ月後まで)
7 補 助 事 業 の 実 施 結 果	
8 補助事業の効果	
9 添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 補助期間満了日時時点で医療法人協会の正規職員の看護師等として雇用されていることを証する書類 <input type="checkbox"/> 補助期間満了日時時点で本市に居住していたことを証する住民票の写し又は戸籍の附票 <input type="checkbox"/> その他、管理者が必要と認める書類