

様式第1号（第4条関係）

新宮市立医療センター就業支度金支給申請書

（あて先）

開設者 新宮市長

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

生年月日

新宮市立医療センター看護師等緊急確保事業実施要綱に基づく支度金の支給を受けた
いので、申請します。