

確 認 事 項

※受験番号() 氏 名 ()

あなたの施設拡充費は、下記のどの項目に当てはまりますか。番号に○を付けて提出して下さい。

施設拡充費の納付額は①～④のとおりになります。(すべて願書提出時の状況による)

①、②に該当する方は、医療機関の証明が必要です。別紙 1 を提出して下さい。

③に該当する方は、合格後住民票を提出して下さい。

① 羽島市医師会員の医療機関に 1 年以上在籍している者。 150,000 円

② 羽島市医師会員の医療機関に在籍 1 年未満または在籍が内定しており、

入学後 2 年以上在籍する意志のある者。 150,000 円

③ 羽島市に 3 年以上住民票のある者。 200,000 円

④ 上記①～③に該当しない者。 250,000 円

* 施設拡充費とは、経年劣化する各種の施設設備の修繕・拡充・維持のための資金として徴収するものです。

※欄は記入しないで下さい。

羽島市医師会准看護学校

証 明 書

羽島市医師会准看護学校様

住所
氏名
生年月日

上記の者は、羽島市医師会員の医療機関に

- ① 1年以上在籍している。
- ② 在籍1年未満または在籍が内定しており、入学後2年以上在籍する意志がある。

上記の①または②に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師会員名

