

別記第1号様式（規則第6条関係）

|       |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|
| ※受付番号 |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|

田 野 町 医 療 従 事 者 住 宅 入 居 申 込 書（医療従事者申込用）

年 月 日

田 野 町 長 様

申込者 氏 名

生年月日 年 月 日

電 話 （ ）

田野町医療従事者住宅に入居したいので、準用する田野町特定公共賃貸住宅の設置及び管理に関する条例施行規則第3条第1項により関係書類を添えて次のとおり申し込みます。  
なお、この記載内容が事実と相違するときは、申し込みに関する一切の権利を放棄することを誓約します。

|      |       |
|------|-------|
| 申込住宅 | 世帯用住宅 |
|------|-------|

入居者

|                    |    |      |      |    |       |    |    |
|--------------------|----|------|------|----|-------|----|----|
| 現住所                |    |      |      |    |       |    |    |
| 続柄                 | 氏名 | 生年月日 | 年齢   | 性別 | 職業    | 備考 |    |
| 1. 申込者<br>(医療従事者)  |    |      |      |    | 下記確認欄 |    |    |
|                    |    |      |      |    |       |    |    |
|                    |    |      |      |    |       |    |    |
|                    |    |      |      |    |       |    |    |
| 現在別居しているが、同居する予定の者 | 続柄 | 氏名   | 生年月日 | 年齢 | 性別    | 職業 | 備考 |
|                    |    |      |      |    |       |    |    |
|                    |    |      |      |    |       |    |    |

【医療従事者であることの確認】（※）勤務先証明欄

田野町医療従事者住宅へ入居を申込みをする下記の者は、当医療機関に勤務する（又は勤務予定）医療従事者であることを証明する。（勤務予定の場合、予定日を記載）

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| 入居申込者氏名<br>(上記入居者のうち『1. 申込者』) | 職 種            |
|                               | (勤務予定日： 年 月 日) |

年 月 日

医療機関 名 称

住 所

役職 ・ 氏名

㊟

(※)医療従事者とは…貴医療機関において勤務し、直接的又は間接的に医療関係の業務に従事する方となります。