

別記第2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（法人等申込用）

年 月 日

田 野 町 長 様

医療機関

名称

所在地

代表者職・氏名

印

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項により次のとおり申し込みます。

また、入居申し込みにあたり、次の事項を確認します。（確認のうえ、□欄へチェックを記入ください。）

☐

田野町医療従事者住宅は、『安定的な医療体制の確保を図り、住民が安心してくらせるまちづくりに寄与することを目的に町が整備した住宅』であること（条例第1条）

☐

当該住宅募集において、入居申込者が「医療従事者（個人）」と「法人等」がともにあった場合、入居者選定過程において、「医療従事者（個人）」を優先して入居させる場合があること（条例第7条第1項）

申込住宅	世帯用住宅	1戸
------	-------	----

【担当者記入欄】

担当者	所属課等		住 所 (書類等送付先)	
	氏 名		連絡先	TEL: E-mail: