様式第１号（第５条関係）

　　　　年　　月　　日

徳　島　県　知　事　殿

住所

氏名

医師・看護職員移住支援金支給申請書

医師・看護職員移住支援金の支給を受けたいので、徳島県医師・看護職員移住支援金支給要綱第５条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

１　支給申請額

　　金　　　　　円

２　支給申請に関する誓約事項

（１）本支援金に関する申請者（２人以上の世帯の場合は全ての世帯員）の個人情報について、他の市区町村等に提供し、又はこれらの機関の確認に供することに同意します。

（２）本支援金に関する報告や調査について、徳島県から求められた場合には、これに応じます。

（３）徳島県から勤務先医療機関に対して、本支援金に関する報告や調査を行うことについて、同意します。

（４）県内市町村に勤務開始日から５年以上継続して定住します。

（５）県内の公立又は公的医療機関に勤務開始日から５年以上継続して勤務します。

（６）その他、徳島県医師・看護職員移住支援金支給要綱に掲げる事項を遵守します。

３　申請者の連絡先

　　電話番号

　　メールアドレス