別紙３（第５条関係）

大分県認定看護師等ＵＩＪターン就業支援事業費補助金交付申請に関する誓約事項

１　大分県認定看護師等ＵＩＪターン就業支援事業費補助金交付に関する報告及び調査について、知事から求められた場合には、それに応じます。

２　大分県への移住・就業に関する大分県のその他の支援金の支給を受けたことがなく、かつ受ける予定はありません。

３　申請者及び申請者以外の世帯員は、暴力団員による不正な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条に規定する暴力団に関与していません。

４　移住日から１年以上継続して大分県内に居住し看護師として就業する意思を有しています。

５　上記１～４以外の項目についても、大分県認定看護師等ＵＩＪターン就業支援事業費補助金交付要綱第４条に定める対象者要件を満たしています。

６　大分県認定看護師等ＵＩＪターン就業支援事業費補助金交付要綱第１２条に定める事項に該当したときは、移住支援金の全額又は一部を返還します。

大分県認定看護師等ＵＩＪターン就業支援事業費補助金交付事業個人情報の取扱い

知事は、大分県認定看護師等ＵＩＪターン就業支援事業費補助金交付事業の実施に際して得た個人情報について、大分県が定める個人情報保護条例等の規定に基づき適切に管理し、本事業の実施のために利用します。

また、知事は、当該個人情報について、他の都道府県において実施する移住支援事業の円滑な実施、国への実施状況の報告等のため、国、他の都道府県、他の市区町村に提供し、又は確認する場合があります。

上記「大分県認定看護師等ＵＩＪターン就業支援事業費補助金交付申請に関する誓約事項」について誓約し、「大分県認定看護師等ＵＩＪターン就業支援事業費補助金交付事業個人情報の取扱い」について同意します。

令和　　年　　月　　日　　申請者（署名）

（※必ず申請者本人が自署してください。）

別紙４（第５条関係）

大分県認定看護師等ＵＩＪターン就業支援事業費補助金交付就業証明書

令和　　年　　月　　日

大分県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務者名 |  |
| 採用職種採用（該当するものに○） | 保健師　・　助産師　・　看護師　 |
| 勤務先施設名 |  |
| 勤務先所在地 |  |
| 勤務先電話番号 |  |
| 就業開始年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 雇用形態 | □　施設等の設置者等による直接雇用下記のいずれかの該当する項目に必ずチェックをしてください。□　無期雇用契約である。□　雇用契約期間が更新予定を含め１年未満で終了するものではない。 |
| 専門資格を活かした部署への配属状況 |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

所在地

事業所等名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印