

雇用契約証明書

年 月 日

糸魚川市長 様

糸魚川市看護師等再就業奨励金交付要綱第5条の規定による申請のため、下記の事項に相違ないことを証明します。

雇用者 所在地
名称
代表者氏名 ⑩

(フリガナ)		生年	年 月 日
被雇用者氏名		月日	
職 種	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師		
雇用開始日	年 月 日		
雇 用 条 件	勤務条件	1年を平均した勤務時間が1週間当たり 35 時間以上又は 1月当たり 140 時間以上である。	
	採用条件	新規採用職員であって、同一系列病院からの異動ではない。	