様式第２号（第５条関係）

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　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 被雇用者氏名 |  |
| 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、同一系列病院等からの異動ではない。 |