

様式第2号（第5条関係）

南魚沼市看護人材確保支援事業補助金就業証明書

（あて先） 南魚沼市長

証明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名 _____

代表者名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

勤務者名	
採用職種 (該当するものに○)	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師
勤務先施設名	
勤務先所在地	
勤務先電話番号	
就業開始日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
雇用形態	<input type="checkbox"/> 施設等の設置者等による直接雇用（所定労働時間が週 20 時間以上）である。 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。 <input type="checkbox"/> 無期雇用契約である。 <input type="checkbox"/> 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。