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 | □　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。□　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。 |