

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

（宛先） 三条市長

三条市看護師等就業・移住支援金就業証明書

勤務者氏名	
採用職種 (該当するものに○)	看護師 准看護師
勤務先医療機関名	
勤務先医療機関所在地	
勤務先電話番号	
就業開始年月日	年 月 日
雇用形態等	<p>1 雇用形態について、該当する場合にはチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 1週間の所定労働時間が20時間以上である。</p> <p>2 雇用期間について、該当する項目にチェック入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 無期雇用契約である。</p> <p><input type="checkbox"/> 有期雇用契約であり、雇用契約期間が更新予定を含め3年未満で終了するものではない。</p> <p>3 (新潟県立燕労災病院のみ) 該当する項目にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 済生会新潟県央基幹病院に勤務することを前提とした就業である。</p>

上記のとおり相違ないことを証明します。

所在地
医療機関名
代表者名

