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 | 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。  □　１週間の所定労働時間が20時間以上である。  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。  □　無期雇用契約である。  □　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。  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。  □　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。 |

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　　　　　　　　　　㊞