

延岡市看護師確保支援強化事業 就労（見込み）証明書

延岡市長 宛

証明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 事業所名 _____
 代表者名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____ — _____
 担当者（記載者）名 _____
 記載者連絡先 _____ — _____

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し、又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

No.	項目	記載欄	
1	フリガナ	生年月日	
	本人氏名	年 月 日	
2	本人住所		
3	最初の雇用開始日	年 月 日	
4	雇用予定期間	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期	期間（無期の場合は雇用開始日のみ）
			年 月 日 ~ 年 月 日
5	就労先事業所名	<input type="checkbox"/> 上記に同じ 異なる場合⇒	
6	就労先住所等	<input type="checkbox"/> 上記に同じ 異なる場合⇒ 延岡市	
7	就労先電話番号	<input type="checkbox"/> 上記に同じ 異なる場合⇒ _____ — _____	
8	就労時間	合計時間	<input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 時間 分（うち休憩時間 分）
		就労日数	<input type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 日
9	看護師資格等	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師	
10	備考欄		

（※事業者証明欄はここまでです。）

延岡市使用欄

（ _____ ）年3月31日時点で雇用中である	<input type="checkbox"/> 確認済み <input type="checkbox"/> 雇用証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
雇用期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
<input type="checkbox"/> 中途退職あり 退職日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 中途休職あり 期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日