

雇 用 契 約 証 明 書

年 月 日

柏崎市長 様

雇用病院等 所在地

名 称

代表者氏名

印

柏崎市看護師就職助成金の申請のため、下記の事項について相違ないことを証明します。

記

(フリガナ)	
雇用した者の氏名	
生 年 月 日	年 月 日
業 務 の 内 容 該当する事項に チェックする。	<input type="checkbox"/> 看護業務 <input type="checkbox"/> その他 ( )
雇 用 年 月 日	年 月 日
勤 務 条 件 該当する事項に チェックする。	<input type="checkbox"/> 1週間の勤務時間が1年を平均して35時間以上又は1月の勤務時間が140時間を超える雇用条件である。 <input type="checkbox"/> 雇用開始日から3年以上継続して雇用する予定である。 ※病院等の都合により市外病院等へ異動した場合は、継続勤務とみなしません。