

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

五泉市長 宛て

五泉市看護師等就業・移住支援金就業証明書

|                    |   |
|--------------------|---|
| 勤務者氏名              |   |
| 採用職種<br>(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              | 該当する項目にチェックを入れてください。<br><input type="checkbox"/> 1週間の所定労働時間が20時間以上である。<br><input type="checkbox"/> 無期雇用契約である。<br><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5年未満で終了するものではない。<br><input type="checkbox"/> 転勤、出向、出張、研修等による勤務地の変更ではない。 |

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  
電話番号

㊞