

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 (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。 <input type="checkbox"/> 1週間の所定労働時間が20時間以上である。 <input type="checkbox"/> 無期雇用契約である。 <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。 <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

㊞