様式第２号（第５条関係）

就業証明書

　　年　　月　　日

平取町長　　　様

法人所在地

法人名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次の者は、当事業所の保健師等職員として雇用していることを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被雇用者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 職種 | 保健師・看護師・准看護師・介護福祉士・歯科衛生士  介護支援専門員・社会福祉士・管理栄養士・保育士 | | |
| 雇用形態  （いずれかに〇） | 正規社員　・　嘱託職員 | | |
| 就業事業所 | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 施設・サービス 種別 |  | | |
| 事業所番号 |  | | |
| 就業開始日 | 保健師等職員として、　　　　　年　　　月　　　日から現在まで当事業所に就業しています。 | | | |
| 本件に係る  事務担当者 |  | | 担当連絡先  電話番号 |  |

（注）被雇用者とは、医療機関等の設置者に直接雇用されている者で、派遣職員等は含まれません。