

(第4条関係)

令和 年 月 日

小林市長 様

所在地

法人名

代表者名

印

小林市医療人材確保推進事業補助金就労証明書

次の者を雇用していることを証明します。

|        |   |    |         |               |
|--------|---|----|---------|---------------|
| 被雇用者   | 氏名  |    |         |               |
|        | 住所  |    |         |               |
| 就労先※1  | 名称  |    |         |               |
|        | 所在地   |    |         |               |
| 雇用形態   | <input type="checkbox"/> 正規職員 <input type="checkbox"/> 勤労学生   |    |         |               |
| 就労期間※2 | ____年 ____月 ____日(採用日)から____年 ____月 ____日まで                   |    |         |               |
|        | <input type="checkbox"/> 継続して雇用 <input type="checkbox"/> 退職予定 |    |         |               |
| 勤務日数   | 月・週   | 日間 | 勤務日     | 月・火・水・木・金・土・日 |
| 担当者    |   |    | 連絡先電話番号 |               |

備考1 就労先は小林市内の医療機関等を対象とします。法人の所在地は市外でも構いません。

2 継続して雇用する場合は採用日のみ記入してください。退職予定の場合は、採用日から退職予定日までとして記入してください。