様式第２号（第５条・第９条関係）

医療施設等勤務証明書

申請者 　住　所

　　氏　名

　太枠内を医療施設等の代表者が記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療施設等 | (名称)  (所在地)　玄海町大字 |
| 雇用期間 | 年　　月　　日～有期(　　年　 月　 日)・無期 |
| 勤務形態 | 常　　勤 |
| 勤務日 | 週に（　　　）時間勤務又は１月（　　　）時間勤務 |
| 勤務時間 | 時　　分　～　　時　　分（１日実働　　時間） |
| 月の平均勤務日数 | 日 |
| 資格の有無 | 有（　　　　　　　　　　　）　・　無 |
| その他 |  |
| 申請者に係る上記の事項について事実と相違ないことを証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　医療施設等  (雇用主)　　　　　所在地  　　　　　　　　　法人名    　　　　　　　　　代表者名  　　　　　　　　　　電話番号 | |