

※この証明書は「就業・定着奨励金」の要件を証明するために使用するものです。雇用主に提出して証明を受けてください。

就 労 証 明 書

東京都ナースプラザ所長 殿

1 ふりがな 氏名 _____ 2 生年月日 _____

3 〒 _____
住所 _____

4 勤務先 _____
施設名 _____
〒 _____
所在地 _____

5 4の勤務地での就労期間^(※)
_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

週の所定労働時間 20 時間以上を満たしている就労期間^(※)
_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

※定年退職後、再雇用している場合は、再雇用開始日からの就労期間の記入と定年退職日をご記入ください。

定年退職日 _____年 _____月 _____日

6 職種 (いずれかに○を付けてください)
看護師 ・ 准看護師 ・ 保健師 ・ 助産師

7 雇用形態 (いずれかに○を付けてください)
常勤 (正規・非正規) ・ 有期雇用 ・ 臨時雇用 (1 か月未満)

8 勤務形態 (いずれかに○を付けてください)
日勤のみ ・ 2交替 ・ 3交替 ・ 夜勤のみ ・ その他 (_____)

上記のとおり就労 _____ していること _____ を証明する。(いずれかに○を付けてください)
_____ していたこと _____

証明日 _____年 _____月 _____日

事業所名(※) _____ 印

(※)派遣等の場合は、雇用主として記載願います

所在地 _____

電話番号 _____

ご担当者 _____

ご連絡先 _____

<事業主の方へ>

この証明書は「就業・定着奨励金」の就労状況の要件の証明に必要となります。

- ・ 必要事項に記入漏れがないように証明願います。
 - ・ 訂正箇所がある場合は、社印等により訂正してください。
 - ・ 証明内容について、担当から直接確認をさせて頂くことがあります。予め、ご了承ください。
- ご不明な点は、 東京都ナースプラザ就業・定着奨励金担当 直通：03-6304-2611