

※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

※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。

記入見本	就 労 証 明 書
東京都ナースプラザ所長 殿	
1 氏名 <small>ふりがな あずま きほこ</small> 東 サポ子	2 生年月日 19△△年△△月△△日生
3 住所 東京都△△区△△△△ 〒△△△-△△△△	事業所内で勤務先が変わった場合、支給要件の対象施設か確認が必要なため、勤務先ごとに作成提出してください。 ヨソ△△△号室
4 勤務先 施設名 医療法人社団 ○○○○○○ □□□病院 〒△△△-△△△△ 所在地 東京都新宿区西新宿 ○-○○-○○	就労中の場合、就労期間（終わり）は下記事業所名横の《証明日》をご記入ください。見込・予定期間、空欄は不可。
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	勤務実態ではなく、雇用契約書、就業規則などで確認できる週の所定労働時間 20 時間以上であること。
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 ・ 他（ ）	
上記のとおり就労していることを証明する していたこと	「7 雇用形態」について 常勤：無期雇用の方（雇用契約の更新が無い方） 有期雇用：1 か月以上の雇用で雇用契約の更新が有る方 臨時雇用：1 か月未満の雇用の方
証明日 2023年 2月10日	
事業所名（※） 医療法人社団 ○○○○○○ 印	
<small>（※）派遣等の場合は、雇用主として記載願います</small>	
申請者が継続して2年従事した場合、改めて「就労証明書」の提出が必要となります。就労期間は、通算で期間記入をお願いします。	東京都新宿区西新宿 ○-○○-○○ 03-XXXXX-XXXXX
ご担当者 総務部 ○○	
ご連絡先 03-XXXXX-XXXXX 内線 ▲▲▲	
<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	