

※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(西暦) _____
- 3 〒 _____
住所 _____
- 4 勤務先 _____
施設名 _____
〒 _____
所在地 _____
- 5 4の勤務地での就労(または定年退職による再雇用)期間
_____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日
- 6 5のうち週の所定労働時間 20 時間以上を満たしている就労期間
_____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日
- 7 定年退職後、再雇用している場合は、定年退職日をご記入ください。
定年退職日 _____年 ____月 ____日
- 8 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
- 9 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)
- 10 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 (_____)

上記のとおり就労を証明する。

証明日 _____年 ____月 ____日

事業所名(※) _____

(※)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 ^{ふりがな} 東 サポ子 ^{あずま さぽこ} 2 生年月日(西暦) 19△△年△△月△△日生

3 住所 〒△△△-△△△ 東京都△△区△△
ヨン□□□号室

4 勤務先
施設名 医療法人社団 ○○○○○ □□□病院 ○○科看護部
〒 △△△-△△△△
所在地 東京都新宿区西新宿 ○-○○-○○

5 4の勤務地での就労(または定年退職による再雇用)期間
年 月 日 ~ 年 月 日

6 5のうち週の所定労働時間 20 時間以上を満たしている就労期間
年 月 日 ~ 年 月 日

7 定年退職後、再雇用している場合は、定年退職日 年 月 日 を記入してください。
定年退職日 年 月 日

8 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

9 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)

10 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

上記のとおり就労を証明する。

証明日 年 月 日

事業所名(※)

(※)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

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。

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。

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。

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。

「9 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

<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