

※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「記入見本」を添えて提出し、記入と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 氏名 ふりがな 2 生年月日(西暦)

3 〒
住所

4 勤務先
施設名
〒
所在地

5 再雇用の場合は、定年退職日をご記入ください。※該当しない場合は、「6」へ
定年退職日(西暦) 年 月 日

■項目「6」と「7」は就労期間確認のため、就業中の場合は就業開始から証明日までの日付記入が必要です。

■6 4の勤務先での就労(または定年退職による再雇用)期間
(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 (空欄や契約満了日不可)

■7 6のうち週の所定労働時間 20 時間以上を満たしている期間
所定労働時間：就業規則や雇用契約書に記されている労働時間
(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 (空欄や契約満了日不可)

8 この雇用に必要とした資格 (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(西暦) 年 月 日

事業
所印

事業所名(※)

(※)派遣等の場合は、雇用元(派遣会社)において記載願います

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、事業所印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「記入見本」を添えて提出し、記入と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

事業所様に「就労証明書」と
一緒にお渡しく下さい。

1 ふりがな 氏名 _____ 2 生年月日(西暦) _____

3 〒
住所 _____

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。

4 勤務先
施設名 _____
〒
所在地 _____

5 再雇用の場合は、定年退職日をご記入ください。※
定年退職日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

※週の所定労働時間 20 時間以上は、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就労です。

■項目「6」と「7」は就労期間確認のため、就業中の場合は就業開始から証明日までの日付記入が必要です。

■ 6 4の勤務先での就労(または定年退職による再雇用)期間
(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (空欄や契約満了日不可)

■ 7 6のうち週の所定労働時間 20 時間以上を満たしている期間

所定労働時間：就業規則や雇用契約書に記されている労働時間
(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

8 この雇用に必要とした資格 (いずれかに○を付けてください)
看護師 ・ 准看護師 ・ 保健師 _____

「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か月以上の雇い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

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 _____

事業所印が個人印・シャチハタ印等の場合、確認の連絡をする場合があります。ご了承ください。

上記のとおり就労を証明する。

証明日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業
所印

事業所名(※) _____

(※)派遣等の場合は、雇用元(派遣会社)において記載願います

所在地 _____

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。

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、事業所印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