様式第２号（第５条関係）

就業証明書

年　　月　　日

小千谷市長　あて

１　勤務者氏名	
２　採用職種	助　産　師
３　就業開始日	年　　月　　日
４　雇用形態等	該当する項目にチェックを入れてください。 ☐　１週間の所定労働時間が３７．５時間以上である。 ☐　無期雇用契約である。 ☐　有期雇用契約であり、雇用契約期間が更新予定を含め５年未満で終了するものではない。 ☐　転勤、出向、出張、研修等による勤務地の変更ではない。

上記のとおり相違ないことを証明します。

所在地

医療機関名

代表者名　　印

電話番号