別紙1

就業証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務者氏名 |  |
| 勤務者住所 | (〒　　　　-　　　　　)　魚沼市 |
| 勤　務　先　施　設　名 |  |
| 勤務先所在地 | (〒　　　　-　　　　　)　 |
| 勤務先電話番号 |  |
| 就業開始年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 雇用形態 | 　□　週20時間以上の無期雇用である。　□　医療機関等の設置者等による直接雇用である。　　※次のいずれかの該当する項目に必ずチェックをしてください。　□　無期雇用契約である。　□　雇用契約期間が更新予定を含めて1年未満で終了するものではない。 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　年　　　月　　　日

魚沼市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　施設名称

代表者名　　　　　　　　　　　　　印

電話番号