様式第２号（第７条関係）

雇　用　証　明　書

年　　月　　日

　鬼北町長　様

医療施設

住所（所在地）

事業者名（法人名）

雇用主名（法人代表者名）　　　　　　 　　㊞

電話番号

下記の内容について、事実であることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被雇用者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 勤務先 |  |
| 職種 | 　 |
| 雇用形態 | 　□正規雇用　　　　□非正規雇用 |
| 　週　　　時間勤務　（１日　　　時間・週　　　日） |
| 　月　　　日勤務 |
| 雇用期間 | 　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（雇用期間の定めがある場合は、終了日を記入すること。） |
| 備考 |  |

記入担当者氏名

連絡先電話番号