

様式第 2 号(第 7 条関係)

国東市長

様

国東市医療従事者就業移住支援金事業就業(休業)証明書

勤務者氏名	
採用職種 (該当するものに○)	医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ 准看護師
勤務者住所	
勤務者電話番号	☎ — —
勤務先所属医療機関名	
就業(休業) 開始(再開)年月日	年 月 日 ~
勤務形態	☐ 勤務・ ☐ 病休・ ☐ 産休・ ☐ 育休・ ☐ その他
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 20 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 初回申請時より 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。 ☐ 勤務形態が、病休・産休・育休・休職である。 上記からの復帰予定時期：)

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名

代表者名

電話番号

⑨