

雇用証明書

年 月 日

朝倉市長

雇用病院等 所在地

名 称

代表者氏名

㊟

朝倉市看護師奨学金返還助成金の交付申請のため、次の事項について相違ないことを証明します。

(フリガナ)	
雇用した者の氏名	
生 年 月 日	年 月 日
業 務 の 内 容 該当する事項に チェックする。	<input type="checkbox"/> 看護業務 <input type="checkbox"/> その他（ ）
雇 用 年 月 日	年 月 日
条 件 該当する事項に チェックする。	<input type="checkbox"/> 病院等が規定する正規職員である。 <input type="checkbox"/> 雇用開始日から2年以上継続して雇用する予定である。