

※この証明書は「就業・定着奨励金」の要件を証明するために使用するものです。雇用主に「記入見本」を添えて提出して証明を受けてください。

## 就 労 証 明 書

東京都ナースプラザ所長 殿

- 1 氏名 ふりがな \_\_\_\_\_ 2 生年月日(西暦) \_\_\_\_\_
- 3 〒  
住所 \_\_\_\_\_
- 4 勤務先  
施設名 \_\_\_\_\_  
〒  
所在地 \_\_\_\_\_
- 5 4の勤務地での就労(または定年退職による再雇用)期間※就業中の方は証明日まで  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 (空欄や見込日は不可)
- 6 5のうち週の所定労働時間 20 時間以上を満たしている就労期間  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 (空欄や見込日は不可)
- 7 定年退職後、再雇用している場合は、定年退職日をご記入ください。  
定年退職日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日
- 8 職種 (いずれかに○を付けてください)  
看護師 ・ 准看護師 ・ 保健師 ・ 助産師
- 9 雇用形態 (いずれかに○を付けてください)  
常勤(正規・非正規) ・ 有期雇用 ・ 臨時雇用(1か月未満)
- 10 勤務形態 (いずれかに○を付けてください)  
日勤のみ ・ 2交替 ・ 3交替 ・ 夜勤のみ ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

上記のとおり就労を証明する。

証明日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

事業  
所印

事業所名(※) \_\_\_\_\_

(※)派遣等の場合は、雇用主として記載願います

所在地  
\_\_\_\_\_

電話番号  
\_\_\_\_\_

ご担当者  
\_\_\_\_\_

ご連絡先  
\_\_\_\_\_

<事業主の方へ>

この証明書は「就業・定着奨励金」の就労状況の要件の証明に必要となります。

- ・ 必要事項に記入漏れがないように証明願います。
  - ・ 訂正箇所がある場合は、社印等により訂正してください。
  - ・ 証明内容について、担当から直接確認をさせて頂くことがあります。予め、ご了承ください。
- ご不明な点は、 東京都ナースプラザ就業・定着奨励金担当 直通：03-6304-2611

※この証明書は「就業・定着奨励金」の要件を証明するために使用するものです。雇用主に「記入見本」を添えて提出して証明を受けてください。

記入見本

## 就 労 証 明 書

事業所様に「就労証明書」と一緒にお渡しく下さい。

東京都ナースプラザ所長 殿

1 氏名 東 紗 希 子 2 生年月日(西暦) 19△△年△△月△△日生

3 住所 〒△△△-△△△ △△△△△ ヨン□□□号室

4 勤務先  
 施設名 医療法人社団 ○○○○ □□□病院 ○○科看護部  
〒△△△-△△△△  
 所在地 東京都新宿区西新宿 ○-○○-○○

5 4の勤務地での就労(または定年退職による再雇用)期間※就業中の場合は証明日まで  
年 月 日 ~ 年 月 日 (空欄や見

6 5のうち週の所定労働時間 20 時間以上を満たしている就労期間  
年 月 日 ~ 年 月 日 (空欄や見

7 定年退職後、再雇用している場合は、定年退職日 年 月 日 を記入ください。  
 定年退職日 年 月 日

8 職種 (いずれかに○を付けてください)  
 看護師 ・  准看護師 ・  保健師 ・  助産師

9 雇用形態 (いずれかに○を付けてください)  
 常勤(正規・非正規) ・  有期雇用 ・  臨時雇用(1か月未満)

10 勤務形態 (いずれかに○を付けてください)  
 日勤のみ ・  2交替 ・  3交替 ・  夜勤のみ ・  その他

上記のとおり就労を証明する。

証明日 年 月 日

事業所名(※)

(※)派遣等の場合は、雇用主として記載願います

所在地

電話番号

ご担当者

ご連絡先

申請者が継続して2年従事した場合、改めて「就労証明書」の提出が必要となります。就労期間は、通算で期間記入をお願いします。

事業所内で勤務先が変わった場合、支給要件の対象施設が確認が必要なため、勤務先ごとに作成提出してください。

就労中の場合、就労期間(終わり)は下記事業所名横の《証明日》をご記入ください。見込・予定期間、空欄は不可。

期間確認のため、見込・予定期間、空欄は不可。

勤務実態ではなく、雇用契約書、就業規則などで確認できる週の所定労働時間 20 時間以上であること。

「9 雇用形態」について  
 常勤：無期雇用の方(雇用契約の更新が無い方)  
 有期雇用：1か月以上の雇用で雇用契約の更新が有る方  
 臨時雇用：1か月未満の雇用の方

<事業主の方へ>

この証明書は「就業・定着奨励金」の就労状況の要件の証明に必要となります。

- 必要事項に記入漏れがないように証明願います。
  - 訂正箇所がある場合は、社印等により訂正してください。
  - 証明内容について、担当から直接確認をさせて頂くことがあります。予め、ご了承ください。
- ご不明な点は、東京都ナースプラザ就業・定着奨励金担当 直通：03-6304-2611