様式第7号（第8条関係）

年　　月　　日

田村市長　様

事　業　主　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　年度　田村市保健・福祉施設従事者在籍証明書

　田村市保健・福祉施設従事者就職奨励金交付要綱第8条の規定に基づき、田村市保健・福祉施設従事者の在籍状況を下記のとおり証明します。

　年　　月　　日　現在

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　　　　　　名 |  |
| 就職年度 |  |
| 職種 |  |
| 就職年月日 | 年　 月　 日 |
| 継続雇用経過期間 | 年　　月 |
| 現在の状況 | 雇用継続中  退職（　　　　　年　　　　　月） |
| 常勤職員 | 該当・非該当 |

※　常勤職員：週35時間以上又は1月140時間以上勤務する者