

# 給 与 証 明 書

1. 住 所 \_\_\_\_\_

2. 氏 名 \_\_\_\_\_

3. 生年月日 昭和・平成 年 月 日 生

4. 採用年月日 令和 年 月 日

5. 職 種 (該当番号に○印を付けてください)  
「注」加入できる方は、歯科医療従事者と規定されています。  
(1) 歯科医師 (2) 歯科衛生士 (3) 歯科技工士 (4) 歯科助手  
(5) 受付事務 (6) その他 ( )  
( ) 内は、詳細に記入ください。

6. 雇 用 形 態 (該当番号に○印を付けてください)  
(1) 常勤 (2) パート等 (常勤従業員の3/4以上勤務) ※  
(3) パート等 (常勤従業員の3/4未満勤務) ※  
(4) 家族従業員 (5) その他 ( )  
( ) 内は、詳細に記入ください。

※上記(2)、(3)の方のみ記入ください。

就業時間	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分まで (実質労働時間 時間 分 / 週平均 時間)
勤務日数	毎月 日間 ・ 毎週 日間
一般職員の 就業時間及 び勤務日数	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分まで (実質労働時間 時間 分 / 週平均 時間)
	毎月 日間 ・ 毎週 日間

7. 給 与 (月 額) \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

診療所住所 \_\_\_\_\_

歯科医院名 \_\_\_\_\_

診療所院長名 \_\_\_\_\_ 印 【HP/2019.5】

# 雇 用 証 明 書

1. 住 所 \_\_\_\_\_

2. 氏 名 \_\_\_\_\_

3. 生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日 生

4. 採用年月日 令和 年 月 日

5. 職 種 (該当番号に○印を付けてください)

「注」加入できる方は、歯科医療従事者と規定されています。

- (1) 歯科医師 (2) 歯科衛生士 (3) 歯科技工士 (4) 歯科助手  
(5) 受付事務 (6) その他 ( )  
( ) 内は、詳細に記入ください。

6. 雇 用 形 態 (該当番号に○印を付けてください)

- (1) 常勤 (2) パート等 (常勤従業員の3/4以上勤務) ※  
(3) パート等 (常勤従業員の3/4未満勤務) ※  
(4) 家族従業員 (5) その他 ( )  
( ) 内は、詳細に記入ください。

※上記(2)、(3)の方のみ記入ください。

就業時間	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分まで (実質労働時間 時間 分 / 週平均 時間)
勤務日数	毎月 日間 ・ 毎週 日間
一般職員の 就業時間及 び勤務日数	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分まで (実質労働時間 時間 分 / 週平均 時間)
	毎月 日間 ・ 毎週 日間

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

診療所住所 \_\_\_\_\_

歯科医院名 \_\_\_\_\_

診療所院長名 \_\_\_\_\_

印

【HP/2019.5】