

非常勤職員確認書

非常勤職員(パート)名	1日の勤務時間	1ヶ月の勤務日数
	時間	日

以上の記載について相違ないことを証明いたします。

平成 年 月 日

店舗名称

〒

店舗所在地

店舗電話

事業主(第1種・第5種)氏名

印

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

(注) この書類は非常勤職員の具体的な労働時間を確認するためのものです。
年金事務所で厚生年金の対象にならないことをご確認の上、提出してください。

★新規で非常勤職員(パート)を採用する際は、資格取得届等と一緒に提出してください。