業務委託証明書交付願

　令和　　年　　月　　日

福知山市病院事業管理者　様

受注者　住　所

　　　　　氏　名

　業務番号：

　業務名　：

上記の業務について、下記職員の業務委託証明書の交付をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番　号 | 氏　　名 | 備　　考 |
| 職員１ | 　 |  |
| 職員２ | 　 |  |
| 職員３ | 　 |  |
| 職員４ | 　 |  |
| 職員５ | 　 |  |

 　　　　　　　　　以上

※　直接的かつ恒常的な雇用関係（３ヶ月以上）を証明する書類の写しを添付のこと

　　　例：健康保険被保険者証、雇用保険者証、監理技術者資格者証　などの写し

※　再委託先従業員分が必要な場合、契約書又は発注書の写し及び上記書類を添付のこと