

第3号様式

雇用関係確認書

年 月 日

船橋市保健所長 あて

(雇用者)住 所

氏 名

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

電話番号

(被用者)住 所

氏 名

生年月日

私たちは、専任ふぐ処理師と営業者との雇用関係について、船橋市におけるふぐの取扱い等に関する条例施行細則第2条の規定により、下記のとおりであることを確認します。

記

- 1 勤務場所
- 2 勤務時間
- 3 職務内容
- 4 雇用期間