|  |
| --- |
|  別紙４ |

契約管理番号：□□□□□□□□－□

健保等級証明書

委託期間：２０　　年 月 日～２０　　年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| ２０　　年度 | 健　保　等　級　・　賞　与　回　数 |
| 研究員・補助員氏名 | 開始時（等級） | 年度途中変更（等級） | 賞与回数（回） | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

２０　　年　　月　　日

委託業務に係る研究員・補助員の健保等級について、上記のとおり証明致します。

名　　　 称

所　　　 属

証明者氏名　　　　　　　　　　印

*（注１）最新の健保等級を記載してください。*

*（注２）健保等級に変動があれば再度作成してください。*