

年 月 日

石井町長 殿

所在地
事業者名
代表者名
電話番号
担当者

印

就 業 証 明 書

下記のとおり相違ないことを証明します。

記

勤務者名	
勤務者住所	
勤務先所在地	
勤務先電話番号	
就業年月日	
応募受付年月日	
雇用形態 ※いずれかに✓してください	<input type="checkbox"/> 週20時間以上の無期雇用である <input type="checkbox"/> 週20時間以上の無期雇用でない
勤務者と代表者又は 取締役などの経営を 担う者との関係 ※いずれかに✓してください ※マッチングサイト 掲載求人の場合	<input type="checkbox"/> 3親等以内の親族に該当しない <input type="checkbox"/> 3親等以内の親族に該当する
※プロフェッショナル人材事業又は先導 的人材マッチング事 業を利用している場 合のみ ※いずれかに✓してください	<input type="checkbox"/> 目的達成後に離職することが前提ではない <input type="checkbox"/> 目的達成後に離職することが前提である <input type="checkbox"/> プロフェッショナル人材事業 <input type="checkbox"/> 先導的人材マッチング事業

※移住支援金に関する事務のため、上記勤務者の勤務状況などの情報を、石井町の求めに応じて、徳島県及び石井町に提供することについて、勤務者の同意を得ています。