

(様式2)

年 月 日

中之条町長 様

所在地

事業者名

代表者名

電話番号

担当者

就業証明書（一般）

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	週20時間以上の無期雇用
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	3親等以内の親族に該当しない

中之条町移住支援金事業に関する事務のため、勤務者の勤務状況などの情報を、中之条町の求めに応じて、同中之条町に提供することについて、勤務者の同意を得ています。

管理コード（中之条町 使用欄）	
-----------------	--