

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

事業者の形態
(該当の□にレ点)

- ☐ 中之条町商工会の会員事業所
☐ 中之条町内医療機関
☐ 中之条町内福祉関係事業所

就業証明書（関係人口：中之条町が認めた企業に就業）

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	
雇用形態	週20時間以上の無期雇用

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）