

川棚町長 殿

所在地：
事業所名：
代表者名：
電話番号：
担当者：

内定証明書

下記の者の採用を内定したことについて証明いたします。

1 内定者情報

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日

2 採用活動情報

面接・試験日	年 月 日
実施場所	会社住所と同じ ・ それ以外の場所 (※それ以外の場所の場合、住所を記載してください)
内定日	年 月 日
交通費支給額	(※交通費を複数回支給している場合は、総額ではなく上記面接・試験日の1日分について記載してください。 支給していない場合は0を記載してください) 円

3 就業条件等

入社予定日	年 月 日
就業条件	該当する場合はチェックを付けてください(※) <input type="checkbox"/> 無期の雇用である。 <input type="checkbox"/> 1週間の所定労働時間が20時間以上である。
勤務地に関する特記事項	該当する場合はチェックを付けてください(※) <input type="checkbox"/> 転勤・出向・研修等による、市区町村間の住民票の異動が必要な勤務地の変更がない(勤務地限定型社員である、勤務地が1か所である、など)。

※地方就職支援金の受給要件となる項目のため、チェックがない場合は対象外となります。

(以下は、申請者が記載してください。)

上記内定を承諾し、地方就職支援金を申請いたします。

申請者氏名： _____