

年 月 日

川棚町長 様

所在地
事業者名 印
代表者名
電話番号
担当者

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	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

長崎県移住支援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、長崎県及び川棚町の求めに応じて、同県及び町に提供することについて、勤務者の同意を得ています。