（様式第２号）

年　　月　　日

波佐見町長　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（移住支援金の申請用）

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約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 |

波佐見町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、長崎県及び波佐見町の求めに応じて、同県及び同町に提供することについて、勤務者の同意を得ています。