

年 月 日

佐々町長 様

所在地

事業者名

印

代表者名

電話番号

担当者

移住支援金に係る就業証明書

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	佐々町 免
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 ※マッチングサイト掲載求人の場合	3親等以内の親族に該当しない
※プロフェッショナル人材事業又は先導的人材マッチング事業を利用している場合のみ	目的達成後に離職することが前提ではない <input type="checkbox"/> プロフェッショナル人材事業 <input type="checkbox"/> 先導的人材マッチング事業

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、長崎県及び佐々町の求めに応じて、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。