

年 月 日

佐々町長 様

会社所在地

事業者名

代表者名

印

電話番号

担当者名

佐々町子育て世帯移住支援補助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

勤務者氏名	
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	年 月 日
雇用形態	勤務時間が週20時間以上の無期雇用契約に基づいて就業している
新規雇用	転勤、出向、出張、研修等による勤務地の変更でなく、新規の雇用である
テレワーク (※該当の場合のみ)	雇用型テレワークにより自宅等で業務を行っている

佐々町子育て世帯移住支援補助金に関する事務のため、勤務者の勤務状況などの情報を、佐々町の求めに応じて、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。