

年 月 日

基山町長 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 (該当する方に○を付けてください)	週20時間以上の無期雇用 ・ その他の雇用形態
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 (該当する方に○を付けてください)	3親等以内の親族に該当しない ・ 3親等以内の親族に該当する

佐賀県及び基山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、佐賀県及び基山町の求めに応じて、佐賀県及び基山町に提供することについて、勤務者の同意を得ています。