

年 月 日

大空町長様

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

北海道UIJターン新規就業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、北海道及び大空町の求めに応じて、同北海道及び大空町に提供することについて、勤務者の同意を得ています。