

年 月 日

上三川町長 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

栃木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、栃木県及び上三川町の求めに応じて、栃木県及び上三川町に提供することについて、勤務者の同意を得ています。