

福井市長宛て

所在地

事業者名

印

代表者名

電話番号

担当者

就業（予定）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	
内定年月日	年 月 日
就業年月日	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（どちらかに○）	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が、第4条第2項(ア)⑤に該当する
移住先地域内での就業の有無	<input type="checkbox"/> 居住している都道府県内の事業所に就業している（予定も含む）
対象経費の支援	<input type="checkbox"/> 就職活動等の参加に係る交通費の支給をしていない <input type="checkbox"/> 当該地域への移動に係る移転費の支給をしていない

福井県U I ターン地方就職学生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、福井県および福井市の求めに応じて、同福井県および福井市に提供することについて、勤務者の同意を得ています。