

様式第2号

年 月 日

福井市長宛て

(※)法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも、本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください

所在地

事業者名

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			
応 募 受 付 年 月 日		就 業 年 月 日	
雇 用 形 態	週20時間以上の無期雇用		
所 定 労 働 時 間	時 分	～ 時 分	(週所定労働時間 時間)
加 入 済 み 社 会 保 険	労災保険・健康保険・厚生年金・その他 ()		
本 人 に 関 す る 備 え 付 け 諸 帳 簿 等	労働者名簿・賃金台帳・出勤簿・雇用契約書・その他 ()		
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		

勤務先 ※事業者所在地と異なる勤務地の場合のみ記載してください。

事 業 所 名		電 話 番 号	
所 在 地			

プロフェッショナル人材事業又は先導的人材マッチング事業を利用している場合のみ記載してください

雇 用 の 目 的	事業の目的達成後に離職することが前提ではない
利 用 し た 事 業	<input type="checkbox"/> プロフェッショナル人材事業 <input type="checkbox"/> 先導的人材マッチング事業

テレワークの場合のみ記載してください

勤 務 場 所	<input type="checkbox"/> 勤務者の自宅 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()
所属事業所への出勤の有無	<input type="checkbox"/> 有 (出勤指定日または1週間当たりの回数 回) ・ <input type="checkbox"/> 無
移 住 の 意 思	所属先企業等からの命令 (転勤、出向、出張、研修等含む) ではない
テ レ ワ ー ク 交 付 金	勤務者に地方創生テレワーク交付金による資金提供をしていない

福井市U I ターン移住就職等促進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、福井県及び福井市の求めに応じて、同福井県及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。