

福井市長宛て

所在地

事業者名

代表者名

電話番号

担当者

（※）法人の場合は、記名押印（代表印）してください。

法人以外で本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

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（ <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> 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	勤務者に地域未来交付金（地域未来推進型（移住・起業・就業事業））又はその前歴事業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。