

年 月 日

燕市長 様

所在地

事業者名

代表者氏名

㊟

電話番号

担当者

就業証明書（関係人口用）

下記のとおり相違ないことを証明します。

記

1 勤務者の情報

勤務者氏名	
勤務者住所 (移住後)	
就業年月日	
勤務先の 所在地	
勤務先電話番号	

2 各種確認事項（該当する欄に○を付けてください）

※ 各種確認事項の B. に○を付けた場合は、移住支援金の支給対象となりません。

資本金 10 億円以上の営利を目的とする私企業ではない	A. はい	B. いいえ
雇用保険の適用事業主ではない	A. はい	B. いいえ
勤務者の就業開始から 1 年以上継続して雇用する意思がある	A. はい	B. いいえ

新潟県子育て世帯移住・就業等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、新潟県及び燕市の求めに応じて、新潟県及び燕市に提供することについて、勤務者の同意を得ています。