様式第２号（第５条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【就業】

　　年　　月　　日

五所川原市長

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 |  |
| 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 |
| 勤務職種 |  |
| 職業紹介機関 |  |

　医療・福祉職子育て世帯移住支援事業に関する事務のため、勤務者の勤務状況等の情報を、県知事及び市長の求めに応じて、県知事及び市長に提供することについて、勤務者の同意を得ています。