

（宛先）  
岩国市長 様

所在地  
事業所名  
代表者名  
電話番号  
担当者名

就 業 証 明 書

次のとおり証明します。

勤務者氏名	
勤務者住所	
勤務先所在地	
勤務先電話番号	
就業年月日	
テレワーク開始年月日	
移住の意思	<input type="checkbox"/> 所属先企業等からの命令（転勤、出向、出張、研修等を含む。）ではない
雇用形態	<input type="checkbox"/> 週 20 時間以上の無期雇用 （週 20 時間以上のテレワークにより勤務）
交付金による資金提供	<input type="checkbox"/> 勤務者にデジタル田園都市国家構想交付金（デジタル実装タイプ（地方創生テレワーク型））又はその前歴事業による資金提供をしていない

岩国市創生テレワーク移住支援事業費補助金に関する事務のため、勤務者の勤務状況などの情報を山口県及び岩国市の求めに応じて提供することについて、勤務者の同意を得ています。