年　　月　　日

（宛先）伊勢崎市長

所在地

事業者名

代表者名

電話番号

（担当者名）

内定証明書

　以下の者の採用を内定したことについて証明いたします。

１．内定者情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日 |

２．採用活動情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 面接・試験日 | 年　　月　　日  | 内定日 | 年　　月　　日  |
| 実施場所 | 会社所在地と同じ　・　それ以外の場所 |
| それ以外の場所の場合、住所を記載してください。 |
| 交通費支給額 | 円  | 交通費を複数回支給している場合は、総額ではなく上記面接・試験日の１日分について記載してください。支給していない場合は０を記載してください。 |

３．就職条件等（補助金の交付要件となる項目のため、チェックがない場合は交付対象外になります。）

|  |  |
| --- | --- |
| 入社予定日 | 年　　　月　　　日 |
| 該当する場合はチェックを付けてください。 |
| 就職条件 | * 無期の雇用である
 |
| * １週間の所定労働時間が２０時間以上である。
 |
| 勤務地に関する特記事項 | * 伊勢崎市からの通勤が可能な県内地域への勤務地限定社員（勤務地が１か所など）として採用予定である。
 |

|  |
| --- |
| （以下は、申請者が記入してください。） |

上記内定を承諾し、伊勢崎市地方就職支援事業費補助金を申請します。

　　　　　　　　　　　　　申請者氏名：