

様式第2号（第6条関係）

雇用証明書

1. 対象者

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日

2. 勤務状況等

通 勤 先 名 称	
通 勤 先 所 在 地	
雇 用 開 始 年 月 日	年 月 日
遠距離通勤開始年月日	年 月 日
通 勤 方 法 ※複数チェック可	<input type="checkbox"/> 自家用自動車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自動二輪車
月平均通勤日数	月平均 日 (年間通勤日数÷在職月数)
通 勤 距 離	片道 k m

年 月 日

桜川市長 様

上記内容に相違ないことを証明します。

所在地
名称
代表者名
電話番号
担当者名



※この証明書は桜川市通勤支援事業補助金の交付を行うため、事業主の皆様には証明していただくものです。

※この証明書の内容について、確認等の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。