**公共事業失業者吸収証明願い**

　　公共職業安定所長　殿

施行主体

所在地

名称　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

1　事　業　名

1　事業施行地

1　事業主体名

　　福岡県公共事業等失業者吸収強化措置要綱の規定を遵守し上記の工事に対し下記のとおり失業者を使用したことを証明願います。

記

1　安定所より指示された吸収数　　　　　　　　　　無技能者　　　　　　　　名

1　期間　　　令和　　年　　月　　日　より　令和　　年　　月　　日

1　吸収人員　　　　　　　　　　　　　　　　　　　無技能者　　　　　　　　名

　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

公共職業安定所長