

(別紙)

お試しUIJターン旅費支援事業に係る  
就業体験（インターンシップ）実施証明書

対象者氏名			
就業体験期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日		
就業体験地	住 所		
	施設名		
旅費助成の有無	有 ・ 無		
旅費助成額（予定額）	円		

上記について、就業体験を実施したことを証明する。

令和 年 月 日

所在地

名 称

代表者名

山形県知事 殿  
(最上町長 殿)

(担当窓口)

部 署 名	
担当者名	
電話番号	