　　年　　月　　日

高松保護観察所長　　様

申請者

所 　在　 地

商号又は名称

代表者職指名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（連絡先電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　）

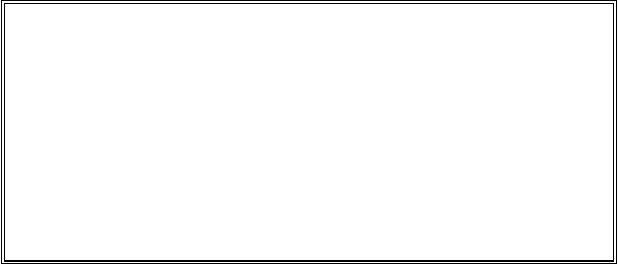
善通寺市入札参加資格者審査申請に使用するため，下記事項の証明を申請します。

記

**※申請しない項目は二重線で抹消してください。**

１　令和５年１月１日時点で，協力雇用主として登録されていること。

２　令和５年１月１日以前の１年間において，保護観察対象者又は更生緊急保護対象者を通算３か月（又は９０日）以上雇用していること。



**協力雇用主登録及び雇用に関する証明書**

上記内容に相違ないことを証明します。

　　年　　月　　日

高松保護観察所長　　　　　印

※内容を記入の上，高松保護観察所（〒760-0033香川県高松市丸の内1-1　高松法務合同庁6階　電話087-822-5445）で証明を受けてください。

※「２」を申請する場合は，上記の期間における雇用を証明する書類（雇用者の給与所得に対する源泉徴収簿の写し等）を添付してください。なお，書類は保護観察所において保管するため，返却されない場合があります。