

雇用証明書

年 月 日

(あて先) 八尾市保健所長

住 所 _____

営業所所在地 _____

氏 名 _____

(法人の場合は、法人名及び代表者名)

(記名でも可)

下記の者は、当社の従業員であることを証明します。

記

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日