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