

## 就業証明書

加須市長 宛

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

代表者氏名

電話番号

印

下記の内容について事実であることを証明します。

フリガナ		生年	年 月 日
本人氏名		月日	
本人住所			
就業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 令和		

現在も就業している場合は開始日のみ記入

※ 記載内容の確認をする場合がありますのでご了承ください。

※ 証明日を記入し、必ず代表者印を押印してください。