

# 就 労 証 明 書

年 月 日

社会福祉法人

大阪障害者自立支援協会 理事長 様

施設又は事業所  
の

所在地及び名称

代 表 者 氏 名

電 話 番 号

下記のとおり就労していることを証明します。

記

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日生
住 所	〒 ー	
	TEL ( ) ー	
施設(事業)種別		
職種及び雇用形態		
雇用期間 (登録期間)	年 月 日から	