

# 面接証明書

住 所

氏 名

上記の者について、以下のとおり、当社の採用試験（面接）を行いました。

採用試験(面接) 実施日時	年 月 日 時 分 から
	年 月 日 時 分 まで

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

公共職業安定所長 殿  
地方運輸局長

所在地

名 称

事業所

代表者名

電話番号

# 傷病証明書

支給番号

□□□—□□□□□□□□—□

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日生

傷病等の状態 及びその程度	
傷病のため職業に就くことができなかつたと認められる期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間

上記のとおり証明します。

年 月 日

公共職業安定所長 殿  
地方運輸局長

所在地

医師又は

診療担当者名