

(参考様式2)

採用選考証明書

様

私は、令和 年 月 日に御社において、採用選考(面接)を受けました。

ひとり親家庭等医療給付事業の受給に係る資料として市町村に提出する必要がありますので、上記について証明願います。

令和 年 月 日

求職者氏名 印

住 所

上記について相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業者の名称
代表者氏名 印

所在地
電話番号