日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構

代表理事　内布智之　様

**雇用（予定）証明書**

（法人・会社名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、

平成　　　年　　　月　　　日から

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏を

雇用（予定）していることを証明します。

備考

　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

事業所住所

連絡先

職責名

担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印