障害者雇用の証明書

下記の者は、当社が雇用していた、障害者の雇用の促進等に関する法律(障害者雇用促進法)で定められた労働者であることを証明いたします。

**記**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 入社年月日 |  |
| 退職年月日 |  |

令和　年　月　日

【社名】

【部署名】