

特定非営利活動法人
奈良県就労支援事業者機構会長 殿

健康診断の助成

_____さんの雇用に際し、健康診断を受けたので医師の証明書を添付し申し出ます。

年 月 日

(事業所所在地)

(事業所名)

(代表社名)

印

(電話番号)