

# 休業期間の証明書

(一財) 大里地域勤労者福祉サービスセンター理事長 あて

1 休業者名 \_\_\_\_\_

2 住 所 \_\_\_\_\_

3 会員番号 \_\_\_\_\_ ー \_\_\_\_\_

4 休業期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

5 傷 病 名 \_\_\_\_\_

年 月 日

上記、相違ないことを証明します。

事業所名

代表者名

Ⓜ

住 所

電話番号