

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