

休業証明書

(あて先)

公益財団法人静岡市勤労者福祉サービスセンター理事長

事業所名										
会員番号						-				
会員氏名										
傷病名										
休業期間	20	年	月	日	~	20	年	月	日	

傷病休業見舞金にいう休業期間は、就労義務の有無を問わず、対象者が傷病により休業した期間です。14日以上連続して休業した場合を対象とします(営業日・休日を問いません)。

上記のとおり証明いたします。

20 年 月 日

事業所名										
代表者名	印									

※事業所の代表者印を押印ください。