

⑦ 休 業 証 明 書

(公財)八尾市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 様

年 月 日

事業所の所在地 _____

事業所の名称 _____

代表者氏名 _____ ⑩

当事業所に勤務する従業員（(公財)八尾市中小企業勤労者福祉サービスセンター会員）が傷病のため、次のとおり休業したことを証明します。

記

1. 会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. 住 所

3. 氏 名

4. 傷 病 名

5. 休業期間

_____年_____月_____日から

_____年_____月_____日まで

休業日数 _____日間（土・日・祝日も含む）

6. 医療機関の証明書類 別添のとおり