

# 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