

休 業 証 明 書

年 月 日

事業所および会員番号： _____

会員氏名： _____

上記の会員は、傷病名： _____
の理由にもとづき、

年 月 日より

年 月 日までの 日間

休業したことを証明いたします。

事業所番号

所在地

事業所名

代表者名

㊞