

# 休業証明書

(出勤簿等が備わっていない事業所用)

公益社団法人  
八王子市勤労者福祉サービスセンター理事長 殿

申請者 会員番号 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

上記の者は西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日までの \_\_\_\_\_ 日間

傷病名 \_\_\_\_\_ により休業したことを証明します。

経過 (入院期間を除く休業した期間について、具体的に記入して下さい)

※申請者が事業主と親族関係にない場合は、事業主の証明する休業証明書  
※申請者が事業主と親族関係にある場合は、お取引先、納入業者など第三者が証明する休業証明書の添付をお願い致します。

証明者 事業所名 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話 \_\_\_\_\_