

# 疾病休業証明書

(一財)いわき市勤労者福祉サービスセンター 理事長様

会員番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 会員氏名 \_\_\_\_\_

休業日に○を記入してください。(公休日も含む)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	【計】								日

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	【計】								日

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	【計】								日

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	【計】								日

合計 \_\_\_\_\_ 日

傷病のため、上記の通りの休業に相違ないことを証明いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩