

第2号様式

平成 年 月 日

(一財) 甲府市勤労者福祉
サービスセンター 理事長 様

事業所名

代表者名

㊟

休業証明書

下記のとおり相違ないことを証明します。

記

1. 会員氏名
住所

2. 傷病名

3. 休業期間 年 月 日 ～ 年 月 日
(日間)