

様式第34号

産前産後休暇・育児休業・疾病等による休職証明書

西暦 年 月 日

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会会長 様

【本人記入】

フリガナ		修学生番号	生年月日
氏名			年月日
従事先施設名			
所在地・電話番号	〒 - TEL ( )		
従事している職種			
雇用形態	正規職員 ・ 正規職員以外 ( )		

【従事先記入】

産前産後休暇・育児休業・疾病・介護休暇等による休職取得期間（西暦にて）

産前産後休暇期間	年 月 日 ~ 年 月 日
育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日
疾病・介護休暇等による休職期間	休職取得理由 ※1 ( ) 年 月 日 ~ 年 月 日

上記のとおりであることを証明します。

西暦 年 月 日

施設・法人名称 \_\_\_\_\_

代表者職名および氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(公印・事業所印)

(作成者の所属・氏名) \_\_\_\_\_

※1 恐れ入りますが、疾病休職等の場合、申請時に添付されました診断書等の証明資料の写しとともに本人へ交付してください。