

疾病等による休職（予定）証明書

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会会長 様

年 月 日

【本人記入】

貸付番号		氏名	
住所・電話番号	〒 ー TEL ()		

【従事先記入】

従事先施設名	
所在地・電話番号	〒 ー TEL ()
従事している職種	
雇用形態	正職員 ・ 正職員以外 ()
休職（予定）期間	年 月 日から 年 月 日まで
休職理由	診断書の通り

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

施設・法人名 _____

代表者名 _____

⑩
(公印・事業所印)