

# 休 業 証 明 書

氏 名 :

生 年 月 日 :                    年        月        日 生

上記の者、傷病により

年        月        日 ~                    年        月        日 まで

日間、休業したことを証明します。

令和        年        月        日

所 在 地 :

事 業 所 名 :

共済契約代表者 :

㊞