休 業 証 明 書

年 月 日

事業所名				
会員番号				
会員氏名				
上記会員は傷病(病名のため				
	年	月	日より	
	年	月	日までの	日間
休業したことを証明いたします。				
事業所名				
所在地				
代表者氏名				印