

# 休業証明書

会員番号 \_\_\_\_\_

会員氏名 \_\_\_\_\_

上記会員は傷病（傷病名： \_\_\_\_\_）のため

年 月 日 より

年 月 日 まで

（土・日・祝祭日、公休日を含む）

（ \_\_\_\_\_ ）日間休業したことを証明いたします。

年 月 日

事業所名

住 所

代表者名

印