休　業　証　明　書

泉佐野市勤労者福祉共済サービスセンター会長　殿

会員番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記従業員は、令和　　年　　月　　日より令和　　年　　月　　日まで当社を休業したことを証明します。

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所主 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印