

休職証明書

国立障害者リハビリテーションセンター学院長 殿

氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
所属(職名)	
休職理由	
休職期間	休職開始日 年 月 日 休職終了日 年 月 日 ※終了日が確定していない場合は、「予定の終了日」または「未定で終了予定日が記載できない」とご記入ください。
休職中の給与	休職中の給与 有給 / 無給 ■有給の場合の給与月額支払額 円 ※休職中の給与について、有給又は無給どちらかに○をつけてください。 ※有給の場合の給与月額支払額を記載されない場合は、給与規定を添付してください。

上記の通りであることを証明します。

年 月 日

<証明者>

【住所】

【勤務先】

【役職・氏名】

印