

この書類は、傷病によって休職されている方が使用する書式です。なお、この書類は本学における奨学金の選考以外には使用しません

休職証明書

下記の者への休職理由と、休職期間内の給与等支払額について証明をしてください。なお、賞与がある場合は賞与も含めて証明をしてください。

証明を受ける者
氏名
住所 〒 _____

休職理由				
休職期間	20 年 月 ~ 20 年 月			
給与の支払月	給与支払額	賞与支払額	傷病手当支払額	合計
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
20 年 月	円	円	円	円
	支払い総額	円		

※傷病手当支払機関が別などの理由で、傷病手当支払額を証明できない場合は空白で結構です。

上記の通りであることを証明します。

2021 年 月 日

住所 (所在地) _____ TEL () _____

名称 (会社名) _____

[公印]

代表者氏名 _____