

美幌町医療従事者就業等支援金 復職証明書

令和 年 月 日

美幌町長 平野 浩司 様

申請者 住 所

氏 名

生年月日

電話番号

1 勤務先

2 休職(休業)開始日

年 月 日

3 当初の休職(休業)予定期間

年 月 日 ~ 年 月 日

4 復職日

年 月 日

上記のとおり、復職したことを証明します。

年 月 日

美幌町長 平野 浩司 様

住 所

事業所名

代表者名

㊞