|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  | （別紙４） |
| 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〇をつけてください。 ※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 | | | |