|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | （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 |