

療養欠勤証明書

職 場 名

職 員 氏 名

上記本校職員が、療養のため、下記期間欠勤したことを証明します。

記

欠 勤 期 間

年 月 日より

年 月 日まで

日間

全日本教職員共済連合会 理事長 殿

年 月 日

学 校 名

学校長氏名

印
