

指定業務従事事業所休職届

年 月 日

社会福祉法人
愛知県母子寡婦福祉連合会 理事長 殿

借受人 福祉事務所

決定番号

住 所

電話番号

氏 名

1 休職開始年月日 年 月 日

2 業務従事先 所在地
事業所名

3 復職予定年月日 年 月 日

4 休職理由

上記のとおり証明いたします。

年 月 日

業務従事先の事業所（所属団体）の
長の職及び氏名

印