

この書類は、傷病によって休職されている方が使用する書式です。なお、この書類は本学における奨学金の選考以外には使用しません

## 休職証明書

下記の者への休職理由と、休職期間内の給与等支払額について証明をしてください。なお、賞与がある場合は賞与も含めて証明をしてください。

|                |   |
|----------------|---|
| <b>証明を受ける者</b> |   |
| 氏名             |   |
| 住所 〒           | — |

| 休職理由   |                 |       |         |    |
|--------|-----------------|-------|---------|----|
| 休職期間   | 20 年 月 ~ 20 年 月 |       |         |    |
| 給与の支払月 | 給与支払額           | 賞与支払額 | 傷病手当支払額 | 合計 |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
| 20 年 月 | 円               | 円     | 円       | 円  |
|        | 支払い総額           |       |         | 円  |

※傷病手当支払機関が別などの理由で、傷病手当支払額を証明できない場合は空白で結構です。

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

住所（所在地）

電話番号 ( )

名称（会社名）

代表者氏名

[公印]