産後休暇期間に係る賃金支払状況証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務者の氏名 |  |
| 勤務者の住所 |  |
| 雇用形態 | 正社員　/　パート・アルバイト等　/　派遣　/　その他（　　　　　　） |
| 産後休暇の期間 | 年　　月　　日　　から　　　　年　　月　　日　　まで |
| 産後休暇中に係る  賃金支給の有無 | 有  （支給期間）  　　　　　　年　　月　　日　　から　　　　年　　月　　日　　まで |
| 無 |
| 特記事項 |  |
| 上記のとおり証明します。  平成　　　年　　　月　　　日  三朝町長　様  （事業所）所在地  事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  代表者名 | |