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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿