

介護休業に関する所属機関の長の証明書

組合員等	記号	〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎		所属機関名	〇〇市
	番号	〇〇〇	生年月日	昭和 平成	〇年 〇月 〇日	(所在地)	
介護を必要とする者に関する事項	氏名	共済 一男			介護を必要とする理由（傷病名）	脳梗塞後遺症	
	生年月日	昭和 平成 令和	〇年 〇月 〇日		組合員との続柄	父	
	性別	(男) ・ 女			組合員との同居・別居	同居 ・ (別居)	
	住所	〇〇郡〇〇町〇〇丁目〇-〇					
	介護休業の承認期間	令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日					
<p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">職名 〇〇市長</p> <p style="text-align: center;">所属機関の長</p> <p style="text-align: right;">氏名 〇〇 〇〇</p>							