

就業状況証明書

被保険者記入欄	被保険者氏名		症状が出た日	年	月	日			
	医師等に相談した日	年	月	日	(時頃)				
	相談医療機関等の名称 (帰国者・接触者相談センター の場合はその旨記入)								
	相談した内容								
	相談内容に対する 医療機関等の指示等								
	事業所への連絡日	年	月	日	(時頃)				
	連絡した内容								
	新型コロナウイルス感 染症に感染又は疑い等 のため欠勤した期間	年	月	日	から	年	月	日	まで
	上記のうち無給又は給 与が減額された日 (すべて記入)								

事業所記入欄	年 月 日					
	上記の内容は、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。					
	事業所所在地 _____					
	事業所名 _____					
代表者氏名 _____ 印						
担当者氏名				電話番号		