**産後休業証明書**

当事業所においては、従業員である下記の者につきまして、下記のとおり産後休業を付与していることを証明いたします。

記

**１　従業員の氏名**

**２　出産年月日**　令和　　　年　　　月　　　日

**３　産後休業の期間**令和　 　 年 　 　月 　 　日 ～ 令和　 　年　 　月　 　日（予定日も含む）

上記の記載事実に相違ありません。

令和　　　年　　　月　　　日

　群馬県市町村職員共済組合理事長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名