令和　　年　　月　　日

伊方町長　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地 | 伊方町 |
| 事業所名 |  |
| 代表者の役職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

事実証明書

　本事業所において雇用している下記の者については、新型コロナウイルス感染症に係る感染者又は濃厚接触者であったことにより勤務できなかった事実に相違ないことを証明いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 |  |
| ふ り が な |  |
| 氏　　　名 |  |
| 区　　　分 | □　感染者　　　　□　濃厚接触者 |
| 感染者又は濃厚接触者であったことにより勤務できなかった期間 | 　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（　　日間） |