

就業再開確認書

公益社団法人 八王子市シルバー人材センター
事務局長 様

この度、私は（ 病気 ・ 怪我 ）により治療を行っておりましたが、医師に
確認を取ったところ、就業にあたり支障がないと認められたので、親族の同意
を得たうえで自己の責任において就業の再開を希望致します。

会員番号 : _____

本人の署名 : _____ (印)

親族の署名 : _____ (印)

※必ず親族の方にもご署名を頂いて下さい。

緊急連絡先(氏名・続柄) : _____

(電話番号) : _____

※緊急連絡先の追加や変更がある場合、ご記入下さい。

令和 年 月 日