

社會保障基金疾病津貼申請
僱主聲明

僱主名稱 _____，僱主註冊編號 _____，
(場所之商號名稱)

聯絡電話： _____，現聲明僱員(姓名) _____，

持澳門居民身份證編號 _____，由 _____年 _____月 _____日

至 _____年 _____月 _____日於患病期間沒有提供工作。

僱主或僱主法定代表簽署

公司蓋章(印章須與僱主名稱一致)

簽署人姓名(正楷)： _____

簽署人職位： _____

日期： _____