

復職証明書

平群町長

宛

証明日	令和	年	月	日
事業所名				
代表者名				印
所在地				
電話番号	—	—		
担当者名				
記載者連絡先	—	—		

必ず復職日以降に証明してください。

項目		記載欄									
フリガナ											
勤務者氏名		生年 月日	年	月	日						
勤務者住所											
上記の者は、当社に下記のとおり復職したことを証明します。											
復職年月日		年	月	日							
産前・産後休業の取得		年	月	日	～ 年 月 日						
育児休業の取得		年	月	日	～ 年 月 日						
雇用の形態		<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> その他()									
いずれか ご記入 ください	就労時間 (固定就労の場合)	月・火・水・木・金・土・日・祝・不定期()		合計 時間	月間	時間	※休憩時間含む				
		一月当たりの就労日数	月間	日	一週当たりの就労日数	週間	日				
		平日	時	分	～	時	分	一日平均	時間	※休憩時間含む	
		土曜	時	分	～	時	分	一日平均	時間	※休憩時間含む	
	日祝	時	分	～	時	分	一日平均	時間	※休憩時間含む		
	就労時間 (変則就労の場合)	合計時間	月間		時間		※休憩時間含む				
		就労日数	月間		日						
主な就労時間帯 ・シフト時間帯		時	分	～	時	分	一日平均	時間	※休憩時間含む		
育児のための短時間 勤務制度利用有無 ※取得予定を含む		<input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中		期間	年	月	日	～	年	月	日
		主な就労時間帯 ・シフト時間帯	時	分	～	時	分	一日平均	時間	※休憩時間含む	
備考欄											

(※事業者証明欄はここまで)

(保護者記載欄)

児童氏名	生年月日	年	月	日	勤務者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
	利用施設名()					
児童氏名	生年月日	年	月	日	勤務者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
	利用施設名()					
児童氏名	生年月日	年	月	日	勤務者との続柄	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
	利用施設名()					

(記載要領)

- 訂正する場合は、二重線+訂正印(代表者印・社印等)をお願いします。
- 証明日(発行日)が復職年月日より前の日付の場合は、この証明書は無効となります。
- 就労時間は就業規則に基づいた時間を記入して下さい。
- 記載内容について、町福祉こども課が照会する場合があります。
- 記載内容に虚偽等の不正があった場合は、証明を無効とし、保育の実施を解除(入所申込みを取消)します。