

①保護者→②就労先→③保護者→④福祉保健課

就 労 証 明 書

| ※保護者記入欄 | |
|---------|-------------------|
| ※施設名 | |
| ※児童名 | 年 月 日生 |
| ※児童名 | 年 月 日生 |
| ※児童との続柄 | 父 母 祖父 祖母 その他 () |

○入所している全ての児童氏名・生年月日を記入してください。

○就労証明書は保護者1名につき1部の提出で結構です。

上板町長 殿

| | | | | |
|----------|--|------|----------|------|
| 就労者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | | | |
| 採用年月日 | 平成 年 月 日 就労・就労予定・保育所に入所次第 | | | |
| 実際の勤務地 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| | 電話 | | | |
| 就労形態 | <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤・パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 仕事の内容 | | | | |
| 就労時間 | 平日 (月・火・水・木・金) | 時 分 | ～ | 時 分 |
| | 土曜 (毎週・隔週・不定期) | 時 分 | ～ | 時 分 |
| | 日曜 (毎週・隔週・不定期) | 時 分 | ～ | 時 分 |
| | ※シフト勤務などで不定期な場合は、勤務状況がわかる書類を提出してください。 | | | |
| 通勤方法 | 車・バス・その他 () | 通勤時間 | 家から職場まで約 | 時間 分 |
| 就労(予定)日数 | 1か月あたり 約 日 (または 週 日) | | | |

○育児休業等を取得 (取得予定) する場合記入

| | | | | |
|-------|----------------------------------|----------|---|----------|
| 休暇期間 | <input type="checkbox"/> 産前産後休暇 | 平成 年 月 日 | ～ | 平成 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 育児休業 | 平成 年 月 日 | ～ | 平成 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | | 平成 年 月 日 | ～ | 平成 年 月 日 |
| 復職予定日 | 平成 年 月 日 (延長: 可・不可 短縮予定: あり・なし) | | | |

上記事項について、事実と相違ないことを証明します。

証明日:平成 年 月 日

事業所所在地:

事業所名称:

代表者名:

印 (押印無き場合無効)

電話番号:

【雇用主の方へ: 記入にあたってのお願い】

※上記証明書については、保護者記入欄以外はすべて雇用主が記入してください。

※記入は、ボールペン(消えるペン不可)を使用してください。

※証明内容を訂正する場合、修正液等を用いず、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押印してください。

※就労者本人(事業主である場合を除く)が記入した場合は、無効とします。必ず就労先の担当者が記入してください。

※証明内容に不正が認められた場合、施設利用の決定を取り消す場合があります。また、記載に不備がある場合は、受付できない場合があります。

【問い合わせ先】上板町福祉保健課 TEL 088-694-6810