復職証明書

令和　　年　　月　　日

波佐見町長　宛

事業所住所

事業者名称

担当者名

電話番号

　下記の者は、当社就業規定により【　育児休業　・　介護休業　・　その他（　　　　　　　　）　】を取得しておりましたが、下記のとおり業務に従事することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| かな氏名 |  |
| 復職内容 | 【復職年月日】　　　　　　　　年　　　　月　　　　日【勤務日数】　　週　・　月　　　　　（　　　　　日）【通常勤務時間】　平日　　　　時　　　分　から　　　　時　　　分　まで　　　　　（　　）曜日　　　　時　　　分　から　　　　時　　　分　まで【勤務時間短縮】　　有　・　無　　（　　　　年　　　　月　　　　日まで）※勤務時間短縮が【有】の場合は、短縮後の勤務時間も記入してください。【短縮勤務時間】　平日　　　　時　　　分　から　　　　時　　　分　まで　　　　　（　　）曜日　　　　時　　　分　から　　　　時　　　分　まで |

【事業者の方へ】

　　この証明書は、保育の必要性を認定するための資料となります。次の点にご注意ください。

　①証明事項は、記入漏れがないようお願いします。

　②証明事項の修正は、訂正印を押してください。

　③内容に虚偽が判明した場合は、この証明は無効になります。

　④証明内容を確認させていただく場合があります。

　⑤この証明書は、保育の必要性について認定する手続きに使用し、必要に応じて保育所等の施設への入所審査に使用します。そのほかの目的には使用しません。

【保護者記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かな児童氏名 |  | 保育施設名 |  |

【保護者の方へ】

　　入所決定に伴い復職日の変更をされる場合、復職日が入所日から２週間（日曜祝日を除く１２日間）以上になると、入所決定を取り消す場合がありますのでご注意ください。（ならし保育期間が日曜祝日を除く１２日間のため）

【問い合わせ先】

　　　波佐見町役場　子ども・健康保険課　子育て支援班　　℡０９５６－８５－２３３３（直通）