

育児休業終了（予定）証明書

年 月 日

あきる野市福祉事務所長 宛

〈証明者・事業所〉

事業所所在地

事業所名称

代表者名

電話番号

(記入者名)

印

下記のとおり育児休業取得期間を終了し、復職（する・した）ことを証明します。

(以下は事業所の方がご記入下さい。)

就労者氏名 _____

就労者住所 あきる野市 _____

育児休業終了日 年 月 日

復帰後の雇用形態 常勤 ・ パート ・ アルバイト ・ その他 ()

復帰後の勤務時間 平日 午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで
土曜日 午前・午後 時 分から午前・午後 時 分まで

復帰後の勤務日 1か月平均____日 (休日：月・火・水・木・金・土・日・祝日・変則勤務)

保護者記入欄			
児童氏名	生年月日	保育施設名	入所年月日
		保育園	年 月入所
		保育園	年 月入所
		保育園	年 月入所