

育児休業終了(予定)証明書

年 月 日

〈証明者・事業所〉

あきる野市福祉事務所長 宛

事業所所在地

事業所名称

代表者名

電話番号

(記入者名)

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
	年 月 日	保育園	年 月入所
	年 月 日	保育園	年 月入所
	年 月 日	保育園	年 月入所

※ 事実と異なる場合は、勤務先へ連絡することがございます。あらかじめご了承ください。