

(利用施設名)

(児童氏名)

復職証明書

氏名	児童との続柄 ()	住所	阿見町
雇用日	昭和・平成 年 月 日		
雇用形態	正規採用・臨時・パート・派遣・他 ()		
育児休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
復職日	平成 年 月 日		
勤務時間及び 勤務日数 ※育児短時間勤務を 利用されている場合は 正規と短縮後の両方を 記入願います 勤務日数: 月平均の日数	正規の勤務時間	平日 時 分 ~ 時 分 (実働時間 休憩時間) 土曜日 時 分 ~ 時 分 (実働時間 休憩時間) 勤務日数 日/1ヶ月 (※時間・日数ともに必ずご記入ください)	
	※育児短時間	平日 時 分 ~ 時 分 (実働時間 休憩時間) 土曜日 時 分 ~ 時 分 (実働時間 休憩時間) 勤務日数 日/1ヶ月 (※時間・日数ともに必ずご記入ください) 期間 平成 年 月 日まで取得予定	
給与 ※月により変動がある場合は 平均を記入してください	基本給月額 (諸手当を含まない)		円
	日給・時給 (パート等の場合)		円
職種		勤務内容	
勤務地所在地	(事業所所在地と実際の勤務地が異なる場合のみ記入して下さい) 所在地 電話		

上記の者は、育児休業を終了し、当社(所)に復職していることを証明します。

阿見町長 殿

平成 年 月 日

事業所 所在地
名称
代表者
電話

印

記入担当者： 部署 氏名

(事業所の方へ)

この証明書は、保育所の入所申込みに必要な書類ですので、事業所の方が記載し、事業所代表者の印を押印して下さいようお願いいたします。

お問合せ先 阿見町役場子ども家庭課 TEL029-888-1111 (内線708・117)