

勤 務 証 明 書

住 所 伊江村字

氏 名 印

児 童 名 児童との続柄()

電 話

私は、下記のとおり昼間就労しており、家庭保育ができないことを具申します。

採用年月日	平成 年 月 日 (採用済・採用予定)
雇用形態	正職員・臨時・パート・在宅勤務・その他() ※「臨時」「パート」等の採用期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 継続更新(有・無・未定) ※契約期間がある場合のみ 雇用主との親族関係の有無(有く続柄:)・無)
職 種	事務・営業・サービス・建設・その他()
就 労 形 態	1. 固定制 2. シフト制(週 日勤務)
勤 務 日 数	1ヶ月 日 ←記入漏れがないようお願いします。
勤 務 時 間	時 分 ~ 時 分 ←24時間表記で記入してください。 1日当たりの実働(時間 分) ←記入漏れがないようお願いします。 ※ 時 分 ~ 時 分 [月・火・水・木・金・土・日・祝] ※ 時 分 ~ 時 分 [月・火・水・木・金・土・日・祝]
給 与 等	月給・日給(円)・時給(円)・その他() 1ヶ月当たりの総支給額 円
源 泉 徴 収 票	有 ・ 無
そ の 他	社会保険の加入(有・無)
出 産 休 暇	[取得中・取得予定] 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
育 児 休 暇	[取得中・取得予定] 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

事業所名 _____

所在地 _____

代表者名 _____ 印 _____

記入者氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

☆担当職員が電話や訪問により就労実態を調査することがありますので、ご理解、ご協力をお願いします。

☆雇用主(代表者)の印がないものは無効です。

☆訂正箇所には訂正印をお願いします。(修正液等は使用しないでください)

福祉保健課記入欄

調 査 日	調 査 印	勤 務 確 認	備 考
平成 . .		様	