

# 復職証明書(保育所等)

(証明日) 年 月 日

海田町長様

事業所所在地

名 称

代表者氏名

※記載内容について電話等で照会を受ける  
ことに同意します。

勤務地
勤務地が証明者の所在地と違う場合に記入してください。
勤務所名称
電話 ( ) -
担当者名 ( )

次のとおり、復職したことを証明します。

勤務者氏名		復職年月日	年 月 日
勤務者住所		採用年月日	年 月 日
雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規職員・社員 <input type="checkbox"/> 契約・派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他( ) ※契約期間がある場合→雇用契約期間:平成 年 月 日まで【更新予定:有・無】		
仕事内容			
給与	基本給 円 ( 月給 ・ 日給 ・ 時給 )		
勤務日数	1ヶ月平均 日	勤務曜日	月・火・水・木・金・土・日 <input type="checkbox"/> 不規則 ( 日/週・月)
主な勤務時間	<input type="checkbox"/> 時間固定勤務 <input type="checkbox"/> シフト勤務	土曜日勤務	有 ( 日/月・年 ) ・ 無
	平日 時 分 ~ 時 分	※シフト勤務又は、勤務曜日が不規則の場合は、シフト表など勤務時間等が分かる書類(直近1か月分)を添付してください。	
	土曜 時 分 ~ 時 分		
実労働時間 (休憩時間を除く)	月平均 時間 分	休憩時間	1日平均 時間 分
育児短時間勤務の場合の勤務状況 (取得予定も含む)	勤務時間	時 分 ~ 時 分	
	取得期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
産休期間	年 月 日から 年 月 日まで	育休期間	年 月 日から 年 月 日まで
社会保険等 加入の状況	健康保険	無 ・ 有 ( 1 社会保険本人 2 共済組合本人 3 他 ( ) )	
	年金	無 ・ 有 ( 1 厚生年金 2 共済年金 3 他 ( ) )	
雇用主との 親族関係の有無	有 ・ 無	雇用保険の 加入状況	有 ・ 無

※ 証明者でない方が証明書の記載をされたことが分かった場合、又は虚偽があった場合、退所の対象となります。

※保護者記入欄

保育所等名 ( )

児童氏名 ( )

※復職後、2週間以内に提出してください。