

復職証明書(幼稚園等)

(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	勤務所名称
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。	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、第2号認定の取り消しを行い、第1号認定に変更となる場合があります。

※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。