

復職(予定)証明書

受付印

交野市長 あて

住 所

保護者氏名
(復職者)

入所(予定)施設名

児 童 氏 名 生年月日 平成 年 月 日

児 童 氏 名 生年月日 平成 年 月 日

児 童 氏 名 生年月日 平成 年 月 日

本市では、ならし保育期間として入所日から最長15日まで育児休業の取得を認めています。
つきましては、育児休業期間・復職日を確認するため必ずこの証明書をご提出ください。
なお、入所日から16日以上育児休業を取得して復職の場合は、内定が取消となります。

事業所記入欄 (申立者本人が記入した場合は無効となります。)

上記の者(保護者)について、次のとおり

復職 ・ 復職予定 ・ 再雇用予定であることを証明します。(口欄をチェックしてください。)

再雇用予定の方は、再雇用年月日を証明してください。

勤務先名称						
勤務先住所						
復職(再雇用) 年 月 日	令和	年	月	日		
休業・休暇の期間	平成・令和	年	月	日	から	令和 年 月 日
休憩時間を含む 労働契約上の正規 の就労時間	時	分	から	時	分 (週 時間勤務)	日/1ヵ月あたり 日/1週あたり
(※)復職後の 勤務時間・日数	時	分	から	時	分 (週 時間勤務)	日/1ヵ月あたり 日/1週あたり

証明年月日
令和 年 月 日

所在地

事業所名等

代表者

印

(記入担当者名

電話

)

(※)育児短時間勤務制度を利用している方は記入してください。

注)この復職(予定)証明書は、入所にかかる重要な資料となるため、勤務先の担当者が事実のとおりにご記入ください。記入漏れ等がある場合は担当者に問い合わせすることがあります。また、虚偽の記載を行った場合には、文書の偽造となり罰せられます。訂正の場合は記入担当者の訂正印をお願いします。