

交野市児童福祉施設等従事者応援給付金及び
新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（薬剤師）

勤務証明書

令和 3年 ●月 ●日

交野市長 黒田 実 様

所在地 〒●●●●-●●●●
交野市私部●-●-●
法人名 社会福祉法人●●●●
役職・代表者名 理事長 ●● ●● 印
電話番号 ●●●● (●●●●) ●●●●

下記の者について、以下のとおり勤務していたことを証明します。

記

氏名	●● ●●
生年月日	●●●●年 ●月 ●日
勤務先の名称	社会福法人●●●● ●●こども園
勤務先での職種	保育教諭 <u>正規職員・非正規職員</u> <small>(必ずどちらかに○をお願いし)</small>
勤務先における主な勤務内容	保育
雇用期間	令和 2年 ●月 ●日～ 令和 3年 3月 31日
上記雇用期間のうち、育児休業等で勤務していない期間 ※該当がある場合のみ	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
月平均勤務日数	20日
1日当たりの勤務時間数	7.5時間

西暦で記入

勤務先での職種について
保育教諭・看護師・事務員・厨房職員など
薬剤師については、「管理薬剤師」または「薬剤師」のいずれかを記入してください。