

復職証明書

我孫子市長 宛

証明日 年 月 日

事業所名

代表者名

所在地

電話番号

担当者名

記載者連絡先

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。

No.	項目	記載欄
1	フリガナ	
	本人氏名	
2	休業の種類	産前産後休暇 ・ 育児休業 ・ その他()
3	休業の取得期間	年 月 日 ~ 年 月 日
4	復職年月日	年 月 日
5	備考欄	

保護者記載欄

児童名	生年月日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
	年 月 日		
児童名	生年月日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
	年 月 日		
児童名	生年月日	施設名	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 申込中(第一希望)
	年 月 日		

・復職後2週間以内に利用中の保育園等又は保育課へ提出してください。提出がない場合や、記入内容が実際と異なる場合は、支給認定取消(退園)となります。

・入園月の1日から翌月1日まで(産前・産後休暇の場合は、生後57日目)に申込時と同条件で育児休業又は産前・産後休暇中の職場に復帰することが条件となります。申込時と状況が変わった場合は、支給認定取消(退園)となります。

・事業所記載担当者に証明内容について、市より確認する場合があります。