

休業(復職)証明書

※勤務先の方が記入していただくようお願いいたします

証明日	年 月 日 ※復職証明の場合、復職日後の証明日でないと無効です。
就労者氏名	(ふりがな)
就労者住所	
休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※休業取得時においては、終了日は予定日を記入してください。
復職日	年 月 日 ※復職した場合のみ記入してください。 ※週3日以上かつ週12時間以上(学童クラブ利用者は、週3日以上かつ午後1時~午後6時までのうち、通勤時間を含む4時間以上)の就労を復職とみなします。

上記の者は、
 育児休業
 介護休業
 傷病休業
 その他
()

を 取得中である
 復職した ことを証明します。

稲城市長殿

事業所名称

代表者氏名

事業所所在地

電話番号

取扱担当者氏名

【保護者記入欄】

- ・下に児童氏名及び在籍(第一希望)施設名をご記入ください。
- ・この用紙を兄弟姉妹の各施設の申請に兼用する場合は、必ず下記の兼用したい申請施設に☑をご記入ください。

認可保育所・保育ママ 認定こども園 学童クラブ

児童氏名			
在籍(第一希望)施設名			
職員記入欄	併用確認 コピー	併用有 <input type="checkbox"/>	併用無 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/>