

<保護者記入欄>

児童名	生年月日	保育所（園）名
	H . .	(在園・申込)
	H . .	(在園・申込)
	H . .	(在園・申込)

下記内容が、事実と異なると判明した場合、入園決定の取消または退所となります。

- <証明者へのお願い> ※虚偽の証明は無効です。
1. この証明書は、支給認定の為に必要な添付書類です。
証明日など記入もれないようにお願い致します。

2. 書類提出後、電話・訪問などによる勤務確認がありますので、ご協力ください。

3. ㊟は原則社印での押印をお願いいたします。ない場合のみ代表者印での押印をお願いいたします。印もれは無効になります。

勤 務 証 明 書

恩納村長 宛

事業所 所在地

名称

代表者

電話

記入担当者

下記の者について以下のとおり証明します。

証明日	令和 年 月 日		
氏名	現住所	恩納村字	
雇用形態 (○で囲む)	正社員・契約社員（常勤・非常勤） ・派遣社員（常勤・非常勤） ・パート・アルバイト その他（ ）	就職・採用年月日	年 月 日（採用・採用予定）
		任用期間終了日 ※有期雇用の場合	年 月 日 継続更新（有・無）
職種 仕事内容	経営者との 親族関係	(有 続柄[] ・ 無)	
1日あたりの 勤務時間 ※固定またはシフトのどちらかを記載ください。	固定勤務		シフト勤務
	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		※主な就労時間を記載ください 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
勤務日	月・火・水・木・金・土・日（就労日を○で囲んでください）		
1ヶ月あたりの 勤務時間・日数※ 休憩時間を含む	() 時間 / 日 × () 日 / 月 = () 時間 / 月		
勤務地 連絡先	(電話)		
基本給与	基本給与 (円) ・ 日給 (円) ・ 時給 (円) ※採用予定者は予定給与を記入してください。 ※手当・賞与などは含みません。		
最近3カ月の 勤務日数 総支給額	(令和 年) () 月分・() 日勤務・総支給額 (円)		
	(令和 年) () 月分・() 日勤務・総支給額 (円)		
	(令和 年) () 月分・() 日勤務・総支給額 (円)		
	※産休・休職などの場合は産休・休職以前の直近3ヶ月分 ※総支給額は、手当・賞与などを含む ※勤務日数は有給休暇を含む		
産休・育休 その他休職状況	産前産後休暇期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	育児休業期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
	その他休職 ☐ 病気（傷病） ☐ 看護（介護） ☐ その他 年 月 日 ～ 年 月 日		
	職場復帰日 年 月 日より復帰（予定・済み）		

<村役場記入欄>

調査年月日	R . .	調査員	勤務確認 (様)
調査年月日	R . .	調査員	勤務確認 (様)

問い合わせ先 : 恩納村役場福祉健康課 母子保健係 (966-1207)