＜保護者記入欄＞

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

下記内容が、事実と異なると判明した場合、入園決定の取消し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、保育所（園）入所関連また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の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

下記の者について以下のとおり証明します。　　代表者　　㊞

電話

記入担当者

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	令和　　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	（　　年）（　　）月分・（　　）日勤務・総支給額（　　円）		
	（　　年）（　　）月分・（　　）日勤務・総支給額（　　円）		
	（　　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、手当て・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）