

復職証明書

(宛先) 柏市長

証明日 年 月 日

事業所 所在地

(雇用主) 名称

記入者名

記入者連絡先

以下のとおり、復職したことを証明します。

就労者氏名	
勤務先所在地	電話 ()
休業の種類 (丸をつけてください。)	育児休業 ・ 介護休業 ・ その他 ()
休業期間	年 月 日 ～ 年 月 日
復職年月日	年 月 日
雇用形態	常勤 ・ パート ・ 派遣職員 ・ 自営 ・ その他 ()
復職後の就労日数	一月当たりの平均就労日数 日
復職後の就労時間 (休憩時間を含む労働 契約上の正規労働時間)	時 分 ～ 時 分
育児のための 就労時間短縮	(有 ・ 無) ※有の場合、以下を記入 就労時間： 時 分 ～ 時 分 短縮期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

※ 以下は保護者が記入してください。

	(フリガナ) 児童氏名	(生年月日 年 月 日)
	(フリガナ) 児童氏名	(生年月日 年 月 日)
こどもルーム	(フリガナ) 児童氏名	(生年月日 年 月 日)

- ・ この復職証明書は、復職日以降に事業主に提出して、証明を受けてください。
- ・ 事業主に、証明内容について照会させていただく場合があります。
- ・ 各月1日入所の場合は1日から15日まで、16日入所の場合は16日から月末までの復職が必要です。
- ・ 復職証明書を事業者が無断で作成、又は改変を行ったときには、有印私文書偽造罪等に問われる場合があります。
- ・ 記入内容が実際と異なる場合は、退所となります。

【問い合わせ・提出先】	柏市 こども部 学童保育課 〒277-8505 柏市柏五丁目10番1号 電話：04-7167-1294
-------------	---