

復職証明書

三郷町長 様

下記の者について、次のとおり復職したことを証明します。

勤務者氏名	
就労先事業所名	
就労先住所	
就労先電話番号	() -
産前産後休業期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
育児休業期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
復職年月日	令和 年 月 日
備考	
証明年月日	
令和 年 月 日	事業所名
	代表者名
	所在地
	電話番号
	(記入担当者名 電話)

(注)

- この復職証明書は保育園等の利用にかかる重要な書類となるため、事実のとおりにご記入ください。
- 証明日が復職年月日以前の場合は、この証明書は無効となります。
- 記載内容について確認・照会させていただく場合がありますので、予めご了承ください。

お問い合わせ先
〒636-0812 奈良県生駒郡三郷町勢野西1丁目2番1号 (福祉保健センター内) 三郷町役場 こども未来課 TEL:0745-43-7322 / FAX:0745-31-0660

※以上、事業所記入欄(申込者本人が記入した場合は無効となります。)

【保護者記入欄】 ※産休または、育休から復職後1ヶ月以内に必ずこの証明書をご提出ください。

保護者名	
住所	三郷町
児童名	生年月日 . . 保育園名 保育園
児童名	生年月日 . . 保育園名 保育園
児童名	生年月日 . . 保育園名 保育園