

## ⑩ 復職済証明書

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

年 月 日

子どもの名前	フリガナ	子どもの名前	フリガナ
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
クラス年齢	令和7年4月1日時点の年齢	令和8年4月1日時点の年齢	令和7年4月1日時点の年齢
	歳児クラス	歳児クラス	歳児クラス
保育所等名称	<input type="checkbox"/> 利用中 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 (転園申請含む)		<input type="checkbox"/> 利用中 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 (転園申請含む)

記入上の留意事項を確認の上、下記の通り復職したことを証明します。

雇用主記載欄			
<b>【記入上の留意事項】</b> 1. 代表者または然るべき担当者が記入してください。訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き、その上に記入者が署名をしてください。 2. 証明内容について、確認のために事業所等に照会させていただくことがあります。 3. 復職日が証明日より未来の場合、本証明は無効の扱いとします。 4. 記載内容に虚偽があった場合、認可保育所等の入所が取消になる場合があります。 5. 育児休業からの復職について、入所月の翌月10日までに復職できない場合は、原則、認可保育所等は退園となります。			
証明年月日	年 月 日	担当者名	
事業所名		記載者連絡先	
代表者名			
所在地	〒 -		
電話番号			
復職者	フリガナ		
復職年月日	年 月 日		
復職理由	<input type="checkbox"/> 産前産後休暇からの復職 <input type="checkbox"/> 育児休業を終了（短縮）したことでの復職 <input type="checkbox"/> その他( )		
実際の勤務地または赴任地	<input type="checkbox"/> 上記事業所と異なる		
	名称		
	所在地		
	電話		
	<input type="checkbox"/> 上記事業所と同じ		