休日等就労証明書

年　　月　　日

　（宛先）茅ヶ崎市福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

 代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

 記載者連絡先

　次の者は、次のとおり勤務することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| （保護者）氏名 |  |
| 住所 |  |
| 雇用形態 | 正規職員　パート　派遣　　在宅勤務　その他（　　　　　　　　　　） |
| 仕事の内容 | 事務　サービス　専門技術　営業　労務　その他（　　　　　　　　　） |
| 勤務形態 | ①曜日固定型（　月　火　水　木　金　土　日　祝）※勤務日に○②交代型・変動型 ※「４週８休制、日曜祝日は必ず勤務」など勤務形態を具体的に記入（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）③年末（１２月２９日　　１２月３０日　）※勤務日に○ |
| 勤務時間※曜日によって勤務時間が異なる場合はすべて記入 | 　　　時　　分 ～ 　　　時　　分（月　火　水　木　金　土　日　祝）　　　時　　分 ～ 　　　時　　分（月　火　水　木　金　土　日　祝）　　　時　　分 ～ 　　　時　　分（月　火　水　木　金　土　日　祝） |
| 実際の勤務地※上記事業所と異なる場合に記入 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　　　　　　　　　 |
| 備考 |  |

※本証明書の内容について、就労先事業者に無断で作成し、又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります

（保護者記載欄）

　児童名　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　　　月　　　　日

　保育園名