

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 _____