

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6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス	クラス年齢	令和6年4月1日時点の年齢 歳児クラス	令和7年4月1日時点の年齢 歳児クラス
<input type="checkbox"/> 保育所等を利用中（保育所等の名称： ） <input type="checkbox"/> 申請中(転園申請含む)			<input type="checkbox"/> 保育所等を利用中（保育所等の名称： ） <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

【記入上の留意事項】

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、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、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"/> 上記事業所と同じ		<input type="checkbox"/> 上記事業所と異なる	
			名称	
			所在地	
		電話		