

就 労 (予 定) 証 明 書

令和 年 月 日

事業所所在地

名 称

代 表 者 名

印

電 話 番 号

次の者は、当事業所に下記のとおり(就労・採用予定)していることを証明する。

氏 名	【児童との続柄: 父・母・その他()】		
住 所			
採用(予定)年月日	平成・令和	年	月 日(採用・採用予定)
就 労 形 態	常勤・非常勤・臨時・パートタイム・その他()		
就 労 日 数	月・週	日	勤務日 月・火・水・木・金・土・日 定休日 曜日・不定期
就 労 時 間 (就労規則規定時間)	平日 土曜日	時 分 時 分	～ 時 分 ～ 時 分 (毎週・隔週・不定期)
職 種 (仕 事 内 容)			
産前産後休暇取得期間 (育児休業取得中の場合のみ記載)	令和	年 月 日	～ 令和 年 月 日
育児休業等の法律に基づく育児休業取得期間 (現在取得中の場合のみ記載)	令和	年 月 日	～ 令和 年 月 日
育児等による短縮勤務時間	令和	年 月 日	～ 令和 年 月 日 時 分 ～ 時 分
実 際 の 勤 務 地 (事業所所在地と異なる場合記入)	所在地 名称 電話番号 () 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日 ※派遣の場合は派遣期間をご記入下さい。		
単 身 赴 任 期 間 (該当者のみ記入)	平成・令和	年 月 日	～ 令和 年 月 日(赴任中・赴任予定)
自 営 ・ 事 業 主 証 明 (民 生 委 員)	印 自営業の方はこちらに民生委員の方の証明をもらって下さい。		

保護者記入欄
【児童名】

【お問い合わせ先】

労働者協同組合ワーカーズコープ・センター事業団大槌地域福祉事業所

ぽこあぽこ

大槌町大ヶ口二丁目9-26

TEL 0193-55-4495 FAX 0193-55-4496

ぽこあぽこ携帯 090-7511-4008