

就 労（ 内 定 ） 証 明 書

≪保護者記載欄≫

現在利用中の施設名 (第一希望の施設名)		児童名	平成 年 月 日生
通勤時間(片道)	分 <small>(徒歩・自転車・バス・電車・自家用車)</small>		平成 年 月 日生

1.氏名・2.住所は、本人がご記入ください。3.勤務形態以降については、会社等に勤務されている方は事業所側で記入していただいでください。自営業・農業・親族経営会社に勤務されている方は経営者の方から記入していただいでください。(兄弟がいる場合はコピー可。)

※内容に不明な点等がある場合は勤務先に確認させていただく場合があります。

≪会社記載欄≫

1. 氏 名 (注1)	児童との続柄 (父 ・ 母 ・ その他)		
2. 上記1の方の住所(注2)			
3. 勤 務 形 態	1 常勤 2 パート 3 経営者 4 その他 ()		
4. 業 種	会社員・公務員・小売販売・飲食店・建築業・不動産業・保険代理店 美理容業・運輸業・電気水道工事・農業(耕地面積 m ²) その他()		
5. 仕事の内容			
6. 就労・事業開始年月日 (注3)	年 月 日から (就労中・就労開始予定・事業開始)		
7. 雇 用 期 間	1 期限なし 2 期限あり(平成 年 月 日まで) ※更新予定 有(ヶ月毎更新)・無		
8. 勤 務 時 間 (従事している曜日を○で 囲む) (注4)	月・火・水・木・金・土・日・不定期(月・週 日) 時 分～ 時 分	実働 時間	休憩 分
9. シフト制などの 変則勤務がある場合 (注5)	24時間交替制 宿直(月・週 回) [] の間で実働平均 時間		
10. 本人の休日	曜日 不定休 / 週休 日		
11. 給与(注6)	1 月額制 _____円 2 日額制 _____円 3 時 給 _____円 4 その他()		
12. 産前・産後休暇の期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで取得予定		出産日(予定日) 平成 年 月 日
13. 育児休暇の期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで取得予定		
14. 採用予定者勤務見込(注7)	1 ヶ月勤務日数見込 _____ 日		
上記のとおり相違ないことを証明いたします。			
平成 年 月 日 事業所所在地 事業所名・Tel 代表者 印			

記入上の注意

※ 代表者印は必ず押印してください。

注1) 1の「氏名」については、証明を受ける人（以下本人）の氏名をご記入ください。

注2) 2の「住所」については、本人の住所をご記入ください。

注3) 6の「就労・事業開始年月日」については、“就労開始予定”で提出した方は、就労開始後速やかに“就労中”の証明書を再度提出ください。

注4) 8の「勤務時間」については、会社で規定する本人の就労時間をご記入ください。
自営業・農業の方は従事している時間をご記入ください。

注5) 9の「変則勤務がある場合」については、会社が24時間操業等で本人の就労時間が交代制の場合のみご記入ください。（1～2時間ほど前後する勤務時間は含みません。）
シフト制の場合は〔 〕内に主な勤務形態を記入してください（勤務予定表などの添付でも可）

注6) 11の「給与」については、該当する部分を○で囲み、給与等の金額を記入してください。

注7) 14の「採用予定者勤務見込」については、就労内定の場合もしくは就労して1ヶ月以内の場合にご記入ください。（就労中の場合は、12.「最近3ヶ月の勤務状況」にご記入ください。）

注8) 記入に誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で消し、訂正印を押印してください。修正液や修正テープ等は使用しないでください。

※記載された内容について、確認させていただく場合があります。ご協力をお願いいたします。

この証明書についてのお問合せは
紀北町役場福祉保健課地域福祉係
TEL 0597-46-3122