

就 労 証 明 書

豊見城市社会福祉協議会長 殿

(まかぶ児童クラブ)

事業所 所在地

名称

下記の者について以下のとおり証明します

代表者

印

平成 年 月 日証明

電話

記入

担当者

印

住 所	
保護者氏名	
(児童名)	
採用(開始)年月日	昭和・平成 年 月 日 (採用・採用予定)
任用期間終了日	平成 年 月 日 継続更新 (有 ・ 無)
雇 用 形 態	正社員・契約社員 (常勤・非常勤) 派遣社員 (常勤・非常勤)・パート・アルバイト その他 ()
職種・仕事内容	
勤務形態	固定制 ・ シフト制 ※シフト制の場合は、内容を記入又はシフト表を添付してください 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (実働 時間) 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 (実働 時間)
勤務日数	(月 火 水 木 金 土 日) 月/週 日勤務
産前産後休暇期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
育児休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
職場復帰日	平成 年 月 日 より (予定・確定)
※勤務先と事業所所在地が異なる場合のみご記入ください。 勤務先 会社名 (派遣先) 所在地 電話番号	

※必ず押印すること。(修正テープ等は使用しないでください)