

## 復職証明書

以下の者は、当事業所規定により育児休業を取得しておりましたが、以下のとおり就労していることを証明します。

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 勤務者氏名                           |   |
| 勤務者住所                           |   |
| 育児休業<br>取得期間                    | 年 月 日から 年 月 日まで<br>※事業所が承認した期間ではなく、実際に取得した期間をご記入ください。                       |
| 復職日                             | 年 月 日<br>※復職日より前に作成(証明)されたものは無効になりますので、ご注意ください。                             |
| 育児時間・育児短時間<br>勤務等取得             | <input type="checkbox"/> している(下記項目もご記入ください。) <input type="checkbox"/> していない |
| ★時間短縮制度を取得している場合は下記の項目をご記入ください。 |   |
| 取得期間                            | 年 月 日から 年 月 日まで   |
| 勤務日数                            | 1か月当たり 日  |
| 勤務時間                            | 時 分から 時 分まで   |

東 広 島 市 長 様

令和 年 月 日

(復職日以降の日付で証明してください。)

事務所所在地

名 称

代表者氏名

電 話

記入者職氏名

|                      |  |
|----------------------|--|
| 保 育 実 施 期 間          | <input type="checkbox"/> 変更なし  |
| 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで |  |
| 保育要件: 続柄: 父・母        | <input type="checkbox"/> 支給認定 <input type="checkbox"/> 契約情報 <input type="checkbox"/> その他 |
| 保育必要量: 標準時間・短時間 備考   | <input type="checkbox"/> 税情報 <input type="checkbox"/> 認定区分(生保・ひとり・疾病)                    |