

(宛先)  
港区福祉事務所長

# 復 職 証 明 書

事業所  
所在地 \_\_\_\_\_

事業所名  
又は  
代表者名 \_\_\_\_\_ 印

担当者名( ) 電話番号 ( )  
※証明内容についてお電話で確認する場合があります。

下記のとおり、復職したことを証明します。

平成 年 月 日発行

1. 勤務者氏名 \_\_\_\_\_

2. 勤務者住所 \_\_\_\_\_

3. 復職日 平成 年 月 日

4. 正規の勤務時間 週 日 平日 時 分～ 時 分  
土曜日 時 分～ 時 分

5. 時短勤務時間 週 日 平日 時 分～ 時 分  
土曜日 時 分～ 時 分

※時間短縮勤務の方は、4及び5の両方に記入してください。

※雇用主・事業主が記入し、訂正がある場合は、訂正印を押してください。

※入園・継続在園の際、重要な書類となりますので、正確にご記入ください。

※記載事項に虚偽があった場合は、申込みは無効（在園者は退園）となります。

※問合せ先 各総合支所区民課保健福祉係

芝 (3578) 3161 麻布 (5114) 8822 赤坂 (5413) 7276 高輪 (5421) 7085 芝浦港南 (6400) 0022

----- 以下は保護者の方が記入してください -----

児童の氏名	児童の生年月日	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 入所中	在籍（内定）園
	平成 年 月 日	いずれかにチェックをお願いします。	

※本証明書は、お子様をご入園された月の末日までに必ずご提出ください。提出がない場合、保育園は退園となります。