

(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。

_____年 _____月 _____日発行
※復職日以降に発行したもののみ有効です。

1. 勤務者氏名 _____

2. 勤務者住所 _____

3. 復職日 _____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
	年 月 日	いずれかにチェックをお願いします。	

※本証明書は、復職後 2 週間以内に必ずご提出ください。