宛

証明日	西暦		年	月	日
事業所名					
代表者名					
所在地					
電話番号		_		_	
担当者名					
記載者連絡第	t	_		_	

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

<u>※本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。</u>

No.	項目	記載欄												
		□ 農業·林業	□ 漁業	ŧ 🗆	鉱業・採石	業・砂利	采取業	□ 建設	業 🗆	製造業	□ 電気	・ガス・熱	供給・	水道業
1	1	□ 情報通信業 □ 運輸業·郵便業 □ 卸売業·小売業 □ 金融業·保険業 □ 不動産業·物品賃貸業												
'	大 恒	□ 学術研究·専門	틧∙技術サ	ービス 🗆	宿泊業·館	欠食サート	ごス業	口 生活	関連サー	ビス業・娯	楽業 🛚	医療∙福	祉	
		□ 教育・学習支援業 □ 複合サービス事業 □ 公務 □ その他()												
2	フリガナ													
	本人氏名		ı			T				生年 月日		年	月	日
3	雇用(予定)期間等	□ 無期 □ 有期	(無期	期間 の場合は雇用開始	日のみ)	年		月	日	~	年	月		日
4	本人就労先事業所	名称												
_	1 7 13,033 3 2 3 2 1 1 1 1 1 1	住所												
5	雇用の形態	□ 正社員 □	パート・ア	"ルバイト □	派遣社員	口 契約	內社員	□ 会計	年度任用	職員 🗆	非常勤•蹈	島時職員		役員
	准川のルぶ	□ 自営業主 □	自営業専	〔	家族従業	者	】業務委	託 🗆	その他()
		月火水木	金土	日		計	間		時間		分(うち	休憩時間	1	分)
							'E 1/ 6		», — »,	\B_88				
	就労時間	一月当たりの勍	万日致	月間		日 -	過当7	とりの就	万日致	週間		日		
	(固定就労の場合)	平日	時	分	~		時		分(うた	5休憩時間		分)		
6		土曜	時	分	~		時		分(うち	5休憩時間		分)		
		日祝	時	分	~		時		分(ラセ	5休憩時間		分)		
		合計時間	□月間	間 □週間]	B	詩間		分(うた	5休憩時間		分)		
	就労時間 (変則就労の場合)	就労日数	□月間	□ 週間			日							
	《交界》加力 00 物 口 /	主な就労時間帯 ・シフト時間帯		時	分 ~		時		分(うち	5休憩時間		分)		
_	就労実績 ※日数に有給休暇を含み、 時間数に休憩・残業時間を含む	年月	年	月	年月		年		月	年月		年		月
7		日/月		時間/月		日/月		時	間/月		日/月		時	間/月
8	産前·産後休業の取得	□ 取得予定 □	取得中											
0	※取得予定を含む	期間	年	月	日		~		年		月	日		
	育児休業の取得	□ 取得予定 □	取得中	□ 取得済み	•									
9	※取得予定を含む	期間	年	月日	~	年	j	Ħ	日					
10	10 産休・育休以外の休業の 取得	□ 取得予定 □	取得中	□ 取得済み	理由									
10		期間	年	月日	~	年	J	Ħ	日					
11	復職(予定)年月日	□ 復職予定 □	復職済み		年	月		日						
	育児のための短時間	□ 取得予定 □	取得中		期間		年	月	日	~	年	月		日
	勤務制度利用有無 ※取得予定を含む	主な就労時間帯 ・シフト時間帯		時	分 ~		時		分(ラヤ	5休憩時間		分)		
13	保育士等としての勤務実 態の有無	□有 □有(-	予定) 🗆	無										
14	備考欄													
追加]的記載項目欄													

諸 証 明 書

(1)	妊娠	•	出産		出産	予定日		令和	4	丰	月	日		
※申込時に母子手帳を持参してください。 母子手帳確認者 /								印							
(2)	疾病等													
						診	断	Î	書						
	息	是者住所							_						
	氏	名					大・昭	3・平	· 令	年	月	E	生		歳
	病	名													
	力	原方法		投薬のみ	L	通	院		入	院			その他		
				絶対安静		常時看記	護必要		乳幼児	是保育	不	可能	• =	可能	
				その他	出日日	Æ	.	П	п			<i>f</i> ::	п		п
□ 加療見込期間 年 月 日 ~ 年 月 日 上記のとおり診断します。											口				
				令和		月	日								
	医師住所														
								氏	名						印
(3) 産後不安等による判断															
※申込にあたり中川村子ども家庭センター保健師及び助産師等へ相談が必要となります。															
入所が必要となる理由															
	7	相談受付日	令表	和年	月 日			相談	受付者					Œ	D)
(4)	看護等													
		病人の看	護		(2)	の診断書	詩が必要	です。)						
		ねたきり	老人	介護	介護の	状態	7	aたき	り老人	.台帳確	認者		/		
		身障者	(児)	介護	障がい	名									
					障がい	— 者手帳No)			- _ 硝	認者		/	(FI)	
														_	

※ 令和7年1月1日以降に中川村へ転入された方は今年度の所得証明書等を提出してください。所得証明書は前住所の市町村で発行されます。<u>所得が無い場合も父母の所得証明書が</u>

<u>必要</u>です。