休業・復職　証明書

※勤務先の方が記入していただくようお願いいたします。

証明日	**年　　月　　日** ※復職証明の場合は、復職日以後の証明日でないと無効です。 また、復職日以降に市役所へ提出してください。
就労者氏名	（ふりがな）
就労者住所	
休業期間	**年　　月　　日　～　　年　　月　　日** ※休業取得時においては、終了日は予定日を記入してください。
復職日	**年　　月　　日** ※復職した場合のみ記入してください。 ※週３日以上かつ週12時間以上（学童クラブ利用者は、週３日以上かつ午後１時～午後６時までのうち、通勤時間を含む４時間以上）の就労を復職とみなします。

※下記の該当する項目にチェックをお願いします。

上記の者は、
- □ **育児休業**
- □ **介護休業**
- □ **傷病休業**
- □ **その他**
  （　　）

を　□ **取得中・取得予定である**
から　□ **復職した**

ことを証明します。

稲城市長殿

事業所名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿　取扱担当者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

【保護者記入欄】

・下記に児童氏名及び在籍施設名又は第１希望施設名をご記入ください。
・この用紙を兄弟姉妹の各施設の申請に兼用する場合は、コピー等をとってそれぞれの窓口に提出してください。

児童氏名			
在籍施設名 （又は第１希望施設名）			