就労証明書

COBY AFTER SCHOOL

作成日：　　年　　月　　日

社会福祉法人コビーソシオ　宛

[証明者]
事業所所在地
事業所名称
代表者名
電話番号
（担当者名　　電話番号　　）

次の者は、本事業所に就労（予定）していることを証明します。

勤務者の氏名		生年月日	年　月　日
勤務者の住所	〒（　　）		
勤務形態	□ 正規　□ 派遣　□ 非常勤(臨時)　□ パート □ 自営　□ その他（　　）		
勤務先の住所		勤務先電話番号	
職種(業務内容)			
就労(内定) 開始年月日	（西暦）　　年　　月　　日		

就労状況	曜日	勤務時間	昼休憩等(時間)	実働(時間)	備考
□ チェック (A) 通常勤務の場合	月	：　～　：			
	火	：　～　：			
	水	：　～　：			
	木	：　～　：			
	金	：　～　：			
	土	：　～　：			
□ チェック (B) シフト制・変則勤務の場合	①	：　～　：			
	②	：　～　：			
	③	：　～　：			
	④	：　～　：			
□ チェック ※育児短時間勤務 (利用している場合)	通常	：　～　：			
	短時間	：　～　：			

勤務日数	月平均　　日			
産前・産後休業の取得	□ 取得中 □ 取得予定	年　月　日	復職予定	年　月　日
育児休業の取得	□ 取得中 □ 取得予定	年　月　日	復職予定	年　月　日
備考				

※保護者さま記入欄

児童氏名	
本証明書の対象者	□ 父　□ 母　□ 祖父　□ 祖母　□ その他（　　）