

保護者の就労状況証明書

※保護者氏名は本人が記名 それ以外は事業所記入（保護者が記入した場合は無効となります）

下記について次の通り ☐在職 ・ ☐就労内定 している事を証明します（☐欄をチェックしてください。）

ふりがな				就労者住所 (保護者住所)			
就労者氏名 (保護者氏名)							
勤務先名称				勤務先住所			
採用(予定) 年月日	年 月 日			期間に定めのある場合	年	月	日まで
				更新の予定	あり	・	なし
就労形態	常勤 ・ パート ・ アルバイト ・ 委託 ・ 契約 ・ 派遣 ・ 内職 ・ その他						
通常の勤務日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> シフト制 <input type="checkbox"/> 不定期						
勤務日数	1ヶ月平均 日 (週 日勤務)						
就労時間	平 日	時 分 ~ 時 分					
	土曜日	時 分 ~ 時 分					
	日曜日	時 分 ~ 時 分					
	祝祭日	時 分 ~ 時 分					
直近3ヶ月 就労実績	年 月		年 月		年 月		
	日/月		日/月		日/月		
休職中の場合	内 容	産休 ・ 育休 ・ その他 ()					
	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	復職年月日	年 月 日					

証明年月日

所 在 地

令和 年 月 日

名 称
代 表 者



記入担当者：

電 話：

電 話

※入園審査のため不明な点を電話等で問い合わせる事があります。

お問い合わせ先:甲賀病院院内保育所 ひまわり園 TEL 0 7 4 8 - 6 3 - 6 6 4 9

保護者の就労状況証明書

※保護者氏名は本人が記名 それ以外は事業所記入（保護者が記入した場合は無効となります）

下記について次の通り ☐ 在職 ・ ☐ 就労内定 している事を証明します（☐ 欄をチェックしてください。）

ふりがな	ほいく はなこ	就労者住所 (保護者住所)	滋賀県甲賀市水口町1-3-20 x x x	
就労者氏名 (保護者氏名)	保育 花子	勤務先住所	滋賀県大津市◇◇1-2-3	
勤務先名称	(株)○×△産業	採用(予定) 年月日	2008 年 4 月 1 日	
就労形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 ・ <input type="checkbox"/> パート ・ <input type="checkbox"/> アルバイト ・ <input type="checkbox"/> 委託 ・ <input type="checkbox"/> 契約 ・ <input type="checkbox"/> 派遣 ・ <input type="checkbox"/> 内職 ・ <input type="checkbox"/> その他			
通常の日数	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> シフト制 <input type="checkbox"/> 不定期			
勤務日数	1ヶ月平均 日 (週 日勤務)			
就労時間	平日	8 時 30 分 ~ 17 時 15 分		
	土曜日	時 分 ~ 時 分		
	日曜日	時 分 ~ 時 分		
	祝祭日	時 分 ~ 時 分		
直近3ヶ月 就労実績	年 1 月	年 2 月	年 3 月	
	20 日/月	20 日/月	20 日/月	
休職中の場合	内 容	産休 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 育休 ・ その他 ()		
	期 間	2018 年 4 月 1 日 ~ 2019 年		
	復職年月日	2019 年 4 月 1 日		
証明年月日	証明日を記入		所在地	滋賀県大津市◇◇1-2-3
令和 元 年 9 月 1 日	記入担当者：◇◇ □□ 電 話：085-○○-xxxx		名 称 代 表 者	(株)○×△産業 代表取締役○○○ 
			電 話	085-○○-xxxx
			シャチハタ等は不可	

※入園審査のため不明な点を電話等で問い合わせる事があります。

お問い合わせ先:甲賀病院院内保育所 ひまわり園 TEL 0 7 4 8 - 6 3 - 6 6 4 9