

(保護者記入欄)			
児童氏名	生年月日	年	月 日
<input type="checkbox"/> 在所中	保育施設名	※在所中か申請中のいずれかに	
<input type="checkbox"/> 申請中	()年()月入所希望で申請	<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。	

※以下は勤務先で記入してもらってください。

復職・就労開始証明書

(宛先) 滑川町長

令和 年 月 日

事業所所在地	_____
事業所名	_____
代表者	_____ (印)
電話番号	_____
作成担当者	_____

下記の者は、_____年 月 日より、

復職・就労開始 していることを証明いたします。

住 所	滑川町
氏 名	

注意事項

- 1 事業所の代表者印の無いものは無効となります。
- 2 事業所の代表者に記入・証明してもらってください。
- 3 訂正があった場合はお手数でも事業所の代表者の訂正印を押印してください。
- 4 証明内容に不正(虚偽)が認められた時は入所の決定を取り消すことがあります。
- 5 記載内容について、滑川町健康福祉課より勤務先に確認することがありますのでご了承ください。

※この証明書は、保育所入所事務のために必要なものです。

記入に関して、ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

【問合せ先】 滑川町健康福祉課福祉担当 TEL0493-56-2056 (直通)