

()の勤務(内定)証明書 ()保育所(園) 児童名() (年 月 日生)

就労者名	(年 月 日生)				
勤務先名	就職年月日		年 月 日		
勤務場所				職種	
勤務形態	(1)正社員 (2)パート (3)アルバイト (4)内職 (5)その他()			電話番号	
就労時間	平日	時 分 ~ 時 分	1日 時間 分	1週間の勤務日数 日間	
	土曜日	時 分 ~ 時 分	休日(曜日)		
基本給又は時間給	最近2ヵ月の勤務日数及	月分		月分	
	円 び給与支給額(税込)	日間	円	日間	円
産前産後休暇期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日					
宛先 寝屋川市福祉事務所長			所在地		
			事業所名		
			責任者名		印

※虚偽の証明は無効です。上記のことについて問合せすることがありますのでご協力をお願いいたします。

寝屋川市保健福祉部こども室 TEL 072-824-1181

()の勤務(内定)証明書 ()保育所(園) 児童名() (年 月 日生)

就労者名	(年 月 日生)				
勤務先名	就職年月日		年 月 日		
勤務場所				職種	
勤務形態	(1)正社員 (2)パート (3)アルバイト (4)内職 (5)その他()			電話番号	
就労時間	平日	時 分 ~ 時 分	1日 時間 分	1週間の勤務日数 日間	
	土曜日	時 分 ~ 時 分	休日(曜日)		
基本給又は時間給	最近2ヵ月の勤務日数及	月分		月分	
	円 び給与支給額(税込)	日間	円	日間	円
産前産後休暇期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日					
宛先 寝屋川市福祉事務所長			所在地		
			事業所名		
			責任者名		印

※虚偽の証明は無効です。上記のことについて問合せすることがありますのでご協力をお願いいたします。

寝屋川市保健福祉部こども室 TEL 072-824-1181