

稼働状況報告書

大崎市長
大崎市社会福祉事務所長

様
様

証 明 日
年 月 日

所 在 地

事業所名

代表者名

電話番号

印

以下のとおり，【☐勤務している ☐採用予定である】ことを証明します。

就 労 者	住所					
	氏名			児童からみた続柄	父 ・ 母	
勤 務 内 容 等	勤務時間	平 日	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分		1 日 平均 時間	
		土曜日	午前・午後 時 分～午前・午後 時 分		1 日 平均 時間	
		シフト制	(時 分～ 時 分) (時 分～ 時 分)			
			(時 分～ 時 分) (時 分～ 時 分)			
			※変則勤務の場合 時間 / 月 (時間 / 週)			
	平均勤務日数		日 / 月 (日 / 週)			
	勤務先事業所名					
	勤務先住所					
	勤務先電話番号				雇用形態	
	雇用期間		(年 月 日～ 年 月 日※) ※ 採用予定の場合又は雇用期間を定めている場合に記入してください			
休 暇 取 得	☐ 産休（出産予定日： 月 日）		年 月 日～ 年 月 日			
	☐ 育休		年 月 日～ 年 月 日			
	☐ 病休・その他（ ）		年 月 日～ 年 月 日			
	復 職 日	☐ 復職（ 年 月 日） ☐ 復職予定日（ 年 月 日） ☐ 上記の期間に関わらず，保育所入所が決定次第復職予定				

保護者記入欄

児童名
(生年月日)

(年 月 日生)
(年 月 日生)
(年 月 日生)

提出日
年 月 日

現在 ☐在籍中 ☐保留中

施設名

希望する保育必要量

☐ 保育標準時間 ☐ 保育短時間

通勤時間

片道 分／（通勤手段： ）