|  |
| --- |
| 雇用証明書　　令和　　年　　月　　日　○○市福祉事務所長　あて証明者（雇用主）　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　会社名　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　印電　話　　　　　　　　　　　　　　　　次の者を、当事業所に雇用していることを証明します。 |
| 就労者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 採用（予定）年月日 | 年　　月　　日　 |
| 勤務地（実際の勤務場所） | 所在地 |  |
| 名　称 |  | 電話 | 　　（　　）　　　　　 |
| 勤務形態 | 　□常勤　　　　□パートタイム　　　　□自営業　　　　□内職　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職　種 | 　□事務　　　□営業　　　□接客　　　□製造　　　□販売　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １日の勤務時間 | 　　　　　　時　　分　から　　　　　　時　　分まで　実働　　　時間　　分　※勤務時間が不規則な場合は、次の(　)に具体的に記入してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 給与（賃金） | 　□月給　　□週給　　□日給　　□時給　□その他（　　　　　　　）　　　　　　　　円 | 歩合給の有無 | * 有
* 無
 |
| 勤務日 | □月曜　□火曜　□水曜　□木曜　□金曜　□土曜　□日曜　□祝日※勤務が不規則な場合は、次の(　)に具体的に記入してください。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 最近３ヶ月の勤務の状況及び支給額 | 　　　　年　　月稼動日数　　　日　　　　　　支給額　　　　　　　　円 |
| 　　　　年　　月稼動日数　　　日　　　　　　支給額　　　　　　　　円 |
| 　　　　年　　月稼動日数　　　日　　　　　　支給額　　　　　　　　円 |

　（注意）　証明内容に相違がある場合は、保育所入所決定が取り消しになることや、保育の実施を

　　　　　解除することがあります。