|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。