

# 育児休業期間証明書

年 月 日 証明

八丈町長宛て

事業所名 \_\_\_\_\_

雇用主名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※証明日及び社印（又は代表者印）が無いものは無効です。



下記の者は、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」に基づき、雇用主が認めた育児休業期間について証明いたします。

記入担当者氏名 \_\_\_\_\_

従業員氏名	
従業員住所	
育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日
復職予定日	年 月 日
期間変更の可否	否 ・ 可(最大 年 月 日まで取得可能)
上記「育児休業期間」内の短縮復職の可否	否 ・ 可

<雇用主の方へ>

ご多忙中恐縮ですが、保育所 の入園手続きに必要なため、上記枠内の項目について証明くださるようお願いいたします。

- ※ 証明事項は、もれなく記入してください。記入漏れがあった場合は、再度証明をしていただきます。
- ※ 証明事項の修正は、訂正印を押印してください。
- ※ 内容に虚偽が判明した場合は、この証明は無効となりますので、ご注意ください。
- ※ 証明内容を確認させていただく場合が在りますので、あらかじめご了承ください。
- ※ この証明書は保育所入園、入所継続審査に使用します。その他の目的には使用しません。

八丈町福祉健康課 厚生係

住所: 東京都八丈島八丈町大賀郷2551番地2

電話: 04996-2-5570