産　休　証　明　書　　　（※事業所の方がご記入ください。）

令和　　年　　月　　日

南幌町長　様

事業所名：

所 在 地：

代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　下記の者について、次のとおり証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 産休休業者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 産休休業期間 | 　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |
| 復職（予定）年月日 | 　令和　　年　　月　　日 |
| 期間変更の可否 | 否　　・　　可　（最大　　　年　　月　　日まで取得可能） |
| 備　　　　　考 |  |

【雇用者の方へ】

　　この証明書は、保育の必要性を認定するための資料となりますので、次の点にご注意いただくようお願いします。

　　①　証明事項は、漏れのないようにお願いします。記入漏れがあった場合は、再度証明していただきます。

　　②　証明事項の修正個所には、訂正印を押印してください。

　　③　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。

　　④　証明内容を確認させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

　　⑤　この証明書は、保育の必要性について認定する手続に使用し、必要に応じて保育所等の施設への入所審査に使用します。その他の目的には使用しません。

（お問い合わせ先）　　南幌町役場保健福祉課健康子育てグループ　　電話番号　011－378－5888