市　受付印

施設　受付印

育児休業取得証明書

加西市長　様

証　明　日　　年　　月　　日

事 業 所 名

代 表 者 名

所　在　地

電 話 番 号

担当者氏名

次のとおり、育児休業を取得することを証明します。

育児休業を取得する者の氏名		
育児休業を取得する対象の児童	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
育　児　休　業　の　期　間		年　　月　　日～　　年　　月　　日
復　　職　　予　　定　　日		年　　月　　日

※ 保護者記入欄を除き、必ず、事業所が記入してください。
※ 本証明書の内容について、就労先事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、刑法上の罪に問われる場合があります。
※ 出産後、育児休業の期間が確定してから証明してください。
※ 内容について、事業所に確認する場合もありますので、ご了承ください。
※ 記入にあたり、ご不明な点等ございましたら、加西市こども未来課(0790-42-8726)へお問合せください。

保護者記入欄

児童氏名	生年月日	施設名 ※申込中の場合は、第1希望の施設名を記入してください
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	
	年　　月　　日	