

# 勤 務 等 証 明 書

( ) の状況 ※ ( ) 内には児童との続柄を記入してください		児童クラブ名	児童クラブ
氏 名		児 童 名	( ) 年生
① 家 庭 内 ・ 外	会社等 勤務者	・雇用開始 昭和・平成 _____年____月____日 ・就労時間 午前____時____分～午後____時____分 ・就労日数 月約____日 ・休 日 _____曜日・不定期 ・実際の勤務地（右記事業所と異なる場合に記入） 名 称： 所在地：	左記のとおり相違ないことを証明します。 平成____年____月____日 所在地 事業所名 雇用主名 （代表者名） 印 電話番号 ( ) ※雇用主様へ 社印または代表者印が無いものは無効です。 訂正箇所には訂正印をお願いします。
	勤 務	自家 営業者 及び その 他の 職	1. 自営業：営業内容 _____ 店舗の場所・Tel _____ _____ _____ 2. その他（農業・日雇など） 仕事の内容 _____ _____ 上記の状況 ・就労状況 午前____時____分～午後____時____分・月平均____日 ・収 入 日額_____円, 月平均_____円 ・休 日 _____曜日・不定期

※水巻町職員が電話や訪問により就労実態を調査をすることがありますので、あらかじめご了承ください。

③ 心 身 の 病 気 ・ 障 が い ま た は 家 族 等 の 看 護 ・ 介 護	診断書 (医師記入欄)	1. 下記の病気・障がいのため児童の保育ができません。 2. 下記の者の看護・介護のため児童の保育ができません。 住 所 _____ 氏 名 _____ 児童との続柄 _____ 生年月日 _____年____月____日 病 名 _____ _____ 治療 入院 平成____年____月____日から____ヶ月間 形態 通院 平成____年____月____日から週約____回	左記のとおり診断する。 平成____年____月____日 医療機関名 所在地 医師氏名 印
	③   2 障 が い 者	障 が い 者	氏 名 _____ 児童との続柄 _____ 障がい名 _____ ※身体障害者手帳等の写しを添付してください。
④	産 前 産 後	出産（予定）日 平成____年____月____日	※母子手帳の写し（母親の名前が記載されている部分） を添付してください。