

## 育児休業取得証明書兼同意書

令和 年 月 日

(宛先) 鱒ヶ沢町長

事業所所在地 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

下記の者は当事業所に勤務し、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第2条第1項に基づく育児休業を取得することを証明します。

育児休業取得者 氏 名		住所	
休業等取得期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

※職場復帰後には、「復職証明書（様式第9号）」のご証明をお願いします。

----- 以下は保護者の方が記入してください -----

保護者署名 \_\_\_\_\_

私は、以下の事項に同意します。

- ・復職した時は、必ずその証明「復職証明書（様式第9号）」を鱒ヶ沢町ほけん福祉課に提出します。上記職場に復帰できない、または復職しない場合（復職証明書の提出ができない場合）は、退園になることに同意します。

児 童 名		生年月日	年 月 日
保 育 園 名	（ ）保育園 <input type="checkbox"/> 在園中 <input type="checkbox"/> 入園内定 <input type="checkbox"/> その他（ ）		