（様式第１０号）

令和　　年　　月　　日

（あて先）八尾市長

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 | （※）本人が自署しない場合のみ、押印が必要です。 |
| 電話番号 |  |

復職証明書

令和　　年　　月　　日付け八こ保指令第　　　号にて補助金の事業変更の承認を受けた補助事業について、事業変更に係る事由が終了したため、八尾市保育士確保事業費補助金交付要綱第10条第５項の規定により、復職したことを報告いたします。

【法人記入欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤務者名 |  | | | |
| 勤務者住所 |  | | | |
| 勤務施設名 |  | | | |
| 復職した年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 業務に従事して  いなかった理由 | ・疾病  ・負傷  ・妊娠、出産  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 復職後の雇用形態 | 正規職員 | | | |
| 復職後の職種 |  | | | |
| 復職後の職務内容 |  | | | |
| 月平均勤務日数 | 月平均　　　日 | | | |
| １日あたり  勤務時間 | 時　　　分から　　　時　　　分まで  （　　　時間　　　分） | | | |
| 上記の者について復職したことを証明します。  令和　　年　　月　　日 | | | | |
|  | | 所在地 |  | |
| 法人名 |  |  |
| 代表者名 |  | |