

(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	