

# 就労証明書

摂津市長 様

- ◆この証明書は、保護者本人ではなく、就労先事業者等にて作成してください。  
 ◆記載内容について、摂津市の職員が電話、訪問、文書等により確認させていただきます。  
☐ ……太枠は記入ミスが多い重要項目  
☐ ……記入不要  
 ◆☐ 以外の該当する項目は**全て記入が必要**となります。  
 ◆修正テープの使用は不可。二重線で訂正してください。

|        |    |   |   |   |
|--------|----|---|---|---|
| 証明日    | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所名   |    |   |   |   |
| 代表者名   |    |   |   |   |
| 所在地    |    |   |   |   |
| 電話番号   | —  |   | — |   |
| 担当者名   |    |   |   |   |
| 記載者連絡先 | —  |   | — |   |

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※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。

| No.                      | 項目                                     | 記載欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----|-----|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|------------|--|----|--|---|--|------------|--|----|--|---|--|--|----|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|-----|----|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|-----|----|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|-----|------|--|----|--|----|--|----|--|---|--|-----|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|----|--|----|--|---|--|--|--|--|--|-------------------|--|--------------------|--|---|--|-----|--|---|--|---|--|-----|-----------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1                        | 業種                                     | <input type="checkbox"/> 農業・林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業・採石業・砂利採取業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業<br><input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業<br><input type="checkbox"/> 学術研究・専門・技術サービス <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス業 <input type="checkbox"/> 生活関連サービス業・娯楽業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉<br><input type="checkbox"/> 教育・学習支援業 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                        | フリガナ<br>本人氏名                           | <table> <tr> <td colspan="2"></td> <td>生年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                          | 生年月日                     | 年                                                             | 月                        | 日                        |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |                                        | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 年                                                             | 月                        | 日                        |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                        | 雇用(予定)期間等                              | <input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期    期間(無期の場合は雇用開始日のみ)    年    月    日 ~    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                        | 本人就労先事業所                               | <table> <tr> <td>名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 名称                                                            |                          | 住所                       |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                       |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                        | 雇用の形態                                  | <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 役員<br><input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input type="checkbox"/> 家族従業者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                        | 就労時間<br>(固定就労の場合)                      | <table> <tr> <td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td><td>祝日</td><td>合計<br/>時間</td><td>月間</td><td>時間</td><td>分</td> <td rowspan="2">                     &lt;固定就労の場合&gt;<br/>                     必ず月間の合計時間(休憩時間を含む)を<br/>                     記入してください                 </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">一月当たりの就労日数</td> <td colspan="2">月間</td> <td colspan="2">日</td> <td colspan="2">一週当たりの就労日数</td> <td colspan="2">週間</td> <td colspan="2">日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">平日</td> <td colspan="2">時</td> <td colspan="2">分</td> <td colspan="2">~</td> <td colspan="2">時</td> <td colspan="2">分</td> <td>(うち</td> </tr> <tr> <td colspan="2">土曜</td> <td colspan="2">時</td> <td colspan="2">分</td> <td colspan="2">~</td> <td colspan="2">時</td> <td colspan="2">分</td> <td>(うち</td> </tr> <tr> <td colspan="2">日祝</td> <td colspan="2">時</td> <td colspan="2">分</td> <td colspan="2">~</td> <td colspan="2">時</td> <td colspan="2">分</td> <td>(うち</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合計時間</td> <td colspan="2">月間</td> <td colspan="2">週間</td> <td colspan="2">時間</td> <td colspan="2">分</td> <td colspan="2">(うち</td> <td rowspan="2">                     &lt;変則就労の場合&gt;<br/>                     ・変形労働時間制やシフト制の場合は変則就労欄に<br/>                     記入してください<br/>                     ・必ず月間または週間の合計時間(休憩時間を含む)を<br/>                     記入してください                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">就労日数</td> <td colspan="2">月間</td> <td colspan="2">週間</td> <td colspan="2">日</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">就労時間<br/>(変則就労の場合)</td> <td colspan="2">主な就労時間帯<br/>・シフト時間帯</td> <td colspan="2">時</td> <td colspan="2">分 ~</td> <td colspan="2">時</td> <td colspan="2">分</td> <td>(うち</td> <td rowspan="2">                     証明年月日の前3か月の就労時間数を記入してください<br/>                     産前・産後休業及び育児休業等で実績がない月は「0時間」と<br/>                     記入してください                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | 月                                                             | 火                        | 水                        | 木                                                             | 金                        | 土                        | 日  | 祝日  | 合計<br>時間 | 月間                                                                                        | 時間                                                                    | 分   | <固定就労の場合><br>必ず月間の合計時間(休憩時間を含む)を<br>記入してください | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | 一月当たりの就労日数 |  | 月間 |  | 日 |  | 一週当たりの就労日数 |  | 週間 |  | 日 |  |  | 平日 |  | 時 |  | 分 |  | ~ |  | 時 |  | 分 |  | (うち | 土曜 |  | 時 |  | 分 |  | ~ |  | 時 |  | 分 |  | (うち | 日祝 |  | 時 |  | 分 |  | ~ |  | 時 |  | 分 |  | (うち | 合計時間 |  | 月間 |  | 週間 |  | 時間 |  | 分 |  | (うち |  | <変則就労の場合><br>・変形労働時間制やシフト制の場合は変則就労欄に<br>記入してください<br>・必ず月間または週間の合計時間(休憩時間を含む)を<br>記入してください | 就労日数 |  | 月間 |  | 週間 |  | 日 |  |  |  |  |  | 就労時間<br>(変則就労の場合) |  | 主な就労時間帯<br>・シフト時間帯 |  | 時 |  | 分 ~ |  | 時 |  | 分 |  | (うち | 証明年月日の前3か月の就労時間数を記入してください<br>産前・産後休業及び育児休業等で実績がない月は「0時間」と<br>記入してください |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 月                        | 火                                      | 水                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 木                                                             | 金                        | 土                        | 日                                                             | 祝日                       | 合計<br>時間                 | 月間 | 時間  | 分        | <固定就労の場合><br>必ず月間の合計時間(休憩時間を含む)を<br>記入してください                                              |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一月当たりの就労日数               |                                        | 月間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               | 日                        |                          | 一週当たりの就労日数                                                    |                          | 週間                       |    | 日   |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 平日                       |                                        | 時                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                               | 分                        |                          | ~                                                             |                          | 時                        |    | 分   |          | (うち                                                                                       |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 土曜                       |                                        | 時                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                               | 分                        |                          | ~                                                             |                          | 時                        |    | 分   |          | (うち                                                                                       |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日祝                       |                                        | 時                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                               | 分                        |                          | ~                                                             |                          | 時                        |    | 分   |          | (うち                                                                                       |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計時間                     |                                        | 月間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               | 週間                       |                          | 時間                                                            |                          | 分                        |    | (うち |          | <変則就労の場合><br>・変形労働時間制やシフト制の場合は変則就労欄に<br>記入してください<br>・必ず月間または週間の合計時間(休憩時間を含む)を<br>記入してください |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 就労日数                     |                                        | 月間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               | 週間                       |                          | 日                                                             |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 就労時間<br>(変則就労の場合)        |                                        | 主な就労時間帯<br>・シフト時間帯                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               | 時                        |                          | 分 ~                                                           |                          | 時                        |    | 分   |          | (うち                                                                                       | 証明年月日の前3か月の就労時間数を記入してください<br>産前・産後休業及び育児休業等で実績がない月は「0時間」と<br>記入してください |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                        | 就労実績<br>※日数に有給休暇を含み、<br>時間数に休憩・残業時間を含む | <table> <tr> <td>年月</td><td>年</td><td>月</td><td>年月</td><td>年</td><td>月</td><td>年月</td><td>年</td><td>月</td></tr> <tr> <td>日/月</td><td>時間/月</td><td>日/月</td><td>時間/月</td><td>日/月</td><td>時間/月</td><td>日/月</td><td>時間/月</td><td>日/月</td></tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 年月                                                            | 年                        | 月                        | 年月                                                            | 年                        | 月                        | 年月 | 年   | 月        | 日/月                                                                                       | 時間/月                                                                  | 日/月 | 時間/月                                         | 日/月                      | 時間/月                     | 日/月                      | 時間/月                     | 日/月                                                           |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年月                       | 年                                      | 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年月                                                            | 年                        | 月                        | 年月                                                            | 年                        | 月                        |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日/月                      | 時間/月                                   | 日/月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 時間/月                                                          | 日/月                      | 時間/月                     | 日/月                                                           | 時間/月                     | 日/月                      |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                        | 産前・産後休業の取得<br>※取得予定を含む                 | <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中<br>期間    年    月    日 ~    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9                        | 育児休業の取得<br>※取得予定を含む                    | <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み<br>期間    年    月    日 ~    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10                       | 産休・育休以外の休業の<br>取得                      | <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み    理由 <input type="checkbox"/> 介護休業 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> その他( )<br>期間    年    月    日 ~    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11                       | 復職(予定)年月日                              | <input type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> 復職済み    年    月    日 <div>産後休業、育児休業又は病気休業等を取得中、取得予定又は<br/>取得済みの場合は、必ず記入してください</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12                       | 育児のための短時間<br>勤務制度利用有無<br>※取得予定を含む      | <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中    期間    年    月    日 ~    年    月    日<br>主な就労時間帯<br>・シフト時間帯    時    分 ~    時    分 (うち休憩時間    分)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13                       | 保育士等としての勤務実<br>態の有無                    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(予定) <input type="checkbox"/> 無    摂津市内外の保育施設で保育士等として勤務している又は勤務予定の場合は、必ず記入してください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14                       | (雇用契約の)満了後の<br>更新の有無                   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(予定) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15                       | 入所内定時育休短縮可否                            | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(予定) <input type="checkbox"/> 否    「15.入所内定時育休短縮可否」及び「16.育休延長可否」について、<br>育児休業取得中(取得予定)の場合は、必ず3項目のいずれかにノマークを記入してください                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16                       | 育休延長可否                                 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(予定) <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17                       | 単身赴任期間(予定含む)                           | 年    月    日 ~    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18                       | 備考欄                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19                       | 保護者記載欄                                 | <table> <tr> <td>児童名</td> <td>生年月日</td> <td>在園施設名</td> <td rowspan="2">転園申請の有無    <input type="checkbox"/> 有    <input type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年    月    日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>児童名</td> <td>生年月日</td> <td>在園施設名</td> <td rowspan="2">転園申請の有無    <input type="checkbox"/> 有    <input type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年    月    日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>児童名</td> <td>生年月日</td> <td>在園施設名</td> <td rowspan="2">転園申請の有無    <input type="checkbox"/> 有    <input type="checkbox"/> 無</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年    月    日</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 児童名                                                           | 生年月日                     | 在園施設名                    | 転園申請の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                          | 年    月    日              |    | 児童名 | 生年月日     | 在園施設名                                                                                     | 転園申請の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無         |     | 年    月    日                                  |                          | 児童名                      | 生年月日                     | 在園施設名                    | 転園申請の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                          | 年    月    日              |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童名                      | 生年月日                                   | 在園施設名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 転園申請の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 年    月    日                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童名                      | 生年月日                                   | 在園施設名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 転園申請の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 年    月    日                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童名                      | 生年月日                                   | 在園施設名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 転園申請の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 年    月    日                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |                          |                          |                                                               |                          |                          |    |     |          |                                                                                           |                                                                       |     |                                              |                          |                          |                          |                          |                                                               |                          |                          |                          |                          |  |  |  |            |  |    |  |   |  |            |  |    |  |   |  |  |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |    |  |   |  |   |  |   |  |   |  |   |  |     |      |  |    |  |    |  |    |  |   |  |     |  |                                                                                           |      |  |    |  |    |  |   |  |  |  |  |  |                   |  |                    |  |   |  |     |  |   |  |   |  |     |                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

<提出先・お問い合わせ先> 摂津市 教育委員会事務局 こども家庭部 保育教育課  
 住所: 〒566-8555 摂津市三島1丁目1番1号 摂津市役所新館6階 電話番号: 06-6383-1184(直通)

## 就労証明書

摂津市長

様

証明日 西暦 2026 年 10 月 5 日

事業所名 株式会社〇〇

〇〇 〇〇

大阪府〇〇市〇〇1-1-1

06 — 0000 — 0000

〇〇 〇〇

記載者連絡先 06 — 0000 — 0000

記載例

- ◆この証明書は、保護者本人ではなく、就労先事業者等にて作成してください。
- ◆記載内容について、摂津市の職員が電話、訪問、文書などで確認することがあります。
- ……太枠は記入ミスが多い重要項目
- ……記入不要
- ◆以外該当する項目は全て記入が必要とします。
- ◆修正テープの使用は不可。二重線で訂正してください。

下記の内容について、事実であることを証明いたします。

※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。

|     |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No. | 項目                                     | 記載欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1   | 業種                                     | <input type="checkbox"/> 農業・林業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 鉱業・採石業・砂利採掘 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・熱供給・水道業<br><input type="checkbox"/> 情報通信業 <input type="checkbox"/> 運輸業・郵便業 <input type="checkbox"/> 卸売業・小売業 <input type="checkbox"/> 金融業・保険業 <input type="checkbox"/> 不動産業・物品賃貸業<br><input type="checkbox"/> 学術研究・専門・技術サービス <input type="checkbox"/> 宿泊業・飲食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 生活関連サービス業・娯楽業 <input type="checkbox"/> 医療・福祉<br><input type="checkbox"/> 教育・学習支援業 <input type="checkbox"/> 複合サービス事業 <input type="checkbox"/> 公務 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 2   | フリガナ                                   | セッツ タロウ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|     | 本人氏名                                   | 摂津 太郎 生年月日 1990 年 1 月 1 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3   | 雇用(予定)期間等                              | <input checked="" type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期 期間 (無期の場合は雇用開始日のみ) 2022 年 4 月 1 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4   | 本人就労先事業所                               | 名称 株式会社〇〇 △△支社<br>住所 大阪府〇〇市〇〇1-1-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5   | 雇用の形態                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> 非常勤・臨時職員 <input type="checkbox"/> 役員<br><input type="checkbox"/> 自営業主 <input type="checkbox"/> 自営業専従者 <input type="checkbox"/> 家族従業者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 業務委託 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6   | 就労時間<br>(固定就労の場合)                      | 月 火 水 木 金 土 日 祝日 合計時間<br><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月間 160 時間 0 分 (うち休憩時間 分)<br>一月当たりの就労日数 月間 20 日 一週当たりの就労日数 週間 5 日<br>平日 9 時 0 分 ~ 17 時 0 分 (うち休憩時間 分)<br>シフト勤務の方はここに記載してください。 分 ~ 時 分 休憩時間を含んで記載してください。 分 ~ 時 分                                                                                                                                                                                                                       |
|     | 就労時間<br>(変則就労の場合)                      | 合計時間 <input checked="" type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 160 時間 分 (うち休憩時間 分)<br>就労日数 <input checked="" type="checkbox"/> 月間 <input type="checkbox"/> 週間 20 日<br>主な就労時間帯・シフト時間帯 9 時 0 分 ~ 17 時 0 分 (うち休憩時間 分)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 7   | 就労実績<br>※日数に有給休暇を含み、<br>時間数に休憩・残業時間を含む | 年月 2026 年 7 月 年月 2026 年 8 月 年月 2026 年 9 月<br>20 日/月 160 時間/月 20 日/月 160 時間/月 20 日/月 160 時間/月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 8   | 産前・産後休業の取得<br>※取得予定を含む                 | <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中<br>期間 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 9   | 育児休業の取得<br>※取得予定を含む                    | <input type="checkbox"/> 取得予定 <input checked="" type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み<br>期間 2026 年 8 月 12 日 ~ 2027 年 6 月 15 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10  | 産休・育休以外の休業の<br>取得                      | <input type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 <input type="checkbox"/> 取得済み 理由 <input type="checkbox"/> 介護休業 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> その他( )<br>期間 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 11  | 復職(予定)年月日                              | <input checked="" type="checkbox"/> 復職予定 <input type="checkbox"/> 復職済み 2027 年 6 月 16 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 12  | 育児のための短時間<br>勤務制度利用有無<br>※取得予定を含む      | <input checked="" type="checkbox"/> 取得予定 <input type="checkbox"/> 取得中 期間 2027 年 6 月 16 日 ~ 年 月 日<br>主な就労時間帯・シフト時間帯 9 時 0 分 ~ 16 時 0 分 (うち休憩時間 60 分)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 13  | 保育士等としての勤務実<br>態の有無                    | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(予定) <input checked="" type="checkbox"/> 無 加点的対象となるのは「認可保育施設または企業主導型保育施設」で勤務される(予定)の保育士(みなし保育士)です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 14  | (雇用契約の)満了後の<br>更新の有無                   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(予定) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定 雇用(予定)期間が「有期」の場合のみ選択ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 15  | 入所内定時育休短縮可否                            | <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(予定) <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 16  | 育休延長可否                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 可(予定) <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 17  | 単身赴任期間(予定含む)                           | 年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 18  | 備考欄                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 19  | 保護者記載欄                                 | 児童名 生年月日 在園施設名 転園申請の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>摂津 次郎 2026 年 6 月 16 日 〇〇園<br>児童名 生年月日 在園施設名 転園申請の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>年 月 日 年 月 日 在園施設名 転園申請の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>年 月 日 年 月 日 在園施設名 転園申請の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>こちらは保護者様記入欄となります。<br>記入漏れのないよう、ご注意ください。                                                                                                                                                                                                                                                        |

<提出先・お問い合わせ先> 摂津市 教育委員会事務局 子ども家庭部 保育教育課  
住所: 〒566-8555 摂津市三島1丁目1番1号 摂津市役所新館6階 電話番号: 06-6383-1184(直通)