|  |  |
| --- | --- |
|  児　童　名 |  |
|  施　設　名 |

**勤務（稼動）証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　事 業 主　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり当事業所に　勤務（稼動）している　ことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 勤務場所 | 電話　　　（　　 ） |  |
|  | 常　勤　・　パ－ト　・　自　営　・　その他（　　　　　　） |
| 仕事の内容 | 　 |
| 採用・採用予定年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 勤 務 時 間 | （平 日）　　 午前　　　時　　　分　～　午後　　　時　　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　 実働時間　　　時間 分（土 曜）　　 午前　　　時　　　分　～　午後　　　時　　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　 実働時間　　　時間 分 |
| 休　　　日 | 毎週　　　曜日 ・ 第 土曜日 ・ その他（　 　　 　　　） |
| 備　　　考 | 産 休 期 間　　 無・有（　　　 年　 　月　　 日～　　 　年 　　月　　 日）育児休業期間　 無・有（　　　 年　　 月　 　日～　　　 年　 　月　　 日） |

※　この証明書は、事業主が記入してください。

（育児休業等については、取得することになった育児休業期間等を備考欄に記入してください。）

さいたま市　市長 宛

**在園証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| １　児童氏名 （生年月日） | （　　　　年　　月　　日生） |
| ２　保護者氏名 |  |
| ３　住所 | さいたま市 |
| ４　園名 |  |
| ５　入園(予定)年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記児童について､当園に　　 |  　在園している　 入園予定である | 　　ことを証明します。※在園か入園予定いずれかに○印 |

 |
| 　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　園名　　　　　　　　　　　　℡　　　－　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　 　　　　　　　 　　　 　　　　　　　　　　　　　　 |

* この在園証明書は、さいたま市ナーサリールーム・家庭保育室の多子軽減事業の適用を受けるために、保護者が施設を経由してさいたま市に提出するものです。
* 不明な点は、さいたま市保育施設支援課（829-1859）へお問い合わせください。