様式第２７号

保育業務従事期間証明書

西暦　　年　　月　　日

社会福祉法人　滋賀県社会福祉協議会　会長　様

フリガナ		修学生番号	生年月日（西暦）
氏　名			年　月　日
※１　従事先施設名			
※１　従事先 所在地・電話番号	〒　－　　TEL　（　　）		
従事した職種	保育士　・　保育教諭　・　その他（　　）		
雇用形態 （□へは☑を、常勤は○を非常勤は○と日数を記載）	□正規職員	【正規職員以外】□嘱託職員 □契約職員 □臨時職員 □パート □派遣社員 □アルバイト □その他(　　)	
	常勤（週５日以上）　・　非常勤（週　　日）		
業務従事(雇用)期間 （在籍期間 / 西暦）	自　　年　　月　　日 から 至　　年　　月　　日 まで	※3 下欄の証明(作成)日付は、左記至年月日以降の日付を記載	
休職期間の有無 ※２　雇用期間中におけるすべての休職について記載してください。 【休職理由番号】 ① 産育休　② 疾病 ③ 介護休暇　④その他の理由は記述する。	**有　・　無**　※ 有の場合は、休職理由番号、休職期間、復職年月日を記入		

No.	休職期間	休職理由番号	復職年月日
1	自　年　月　日 至　年　月　日		西暦　年 月　日
2	自　年　月　日 至　年　月　日		西暦　年 月　日

※１　同一の運営組織内での異動により従事施設が複数ある場合、裏面に時系列で記載し、※１の欄には最終の施設名称及び所在地等を記載してください。

※２　休職期間が３回以上ありましたら、裏面の下欄に記載してください。

※3　証明（作成）日付は、業務従事（雇用）期間の至年月日以降の日付を記載してください。

上記のとおり従事していたことを証明します。

西暦　　年　　月　　日　※３

施設・法人名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者職名および氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（公印・事業所印）

（作成者の所属・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

＜従事状況＞

従事先が複数ありましたら古い順に時系列に記入し、書ききれない場合は次ページを作成。

運営組織名（施設名称）	
在籍期間：西暦　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 （①　　年　　箇月）	従事期間 （①－②） 年 箇月
うち休職等の期間　※　休職理由番号を記入(3 回目以降は次の欄に記入して合算する) 1　（No.　　）　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 2　（No.　　）　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 休職日数　＝１（　　日）＋２（　　日）＝　　日（②休職計　　年　　箇月）	

運営組織名（施設名称）	
在籍期間：西暦　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 （①　　年　　箇月）	従事期間 （①－②） 年 箇月
うち休職等の期間　※　休職理由番号を記入(3 回目以降は次の欄に記入して合算する) 1　（No.　　）　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 2　（No.　　）　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 休職日数　＝１（　　日）＋２（　　日）＝　　日（②休職計　　年　　箇月）	

運営組織名（施設名称）	
在籍期間：西暦　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 （①　　年　　箇月）	従事期間 （①－②） 年 箇月
うち休職等の期間　※　休職理由番号を記入(3 回目以降は次の欄に記入して合算する) 1　（No.　　）　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 2　（No.　　）　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 休職日数　＝１（　　日）＋２（　　日）＝　　日（②休職計　　年　　箇月）	

休職期間（表面の続き）

○　表面本表の休職期間欄で３回目以降がありましたら下欄に記載してください。

○　休職理由欄には、①産育休　②疾病　③介護休暇の番号を、その他の理由は記述してください。

休職された日付順	No.	休　職　期　間	休職理由番号	復職年月日
	3	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日		西暦　　年 月　　日
	4	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日		西暦　　年 月　　日
	5	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日		西暦　　年 月　　日