

# 雇用証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会会長 様

保育所等の所在地  
名 称  
代表者氏名  
電話番号



下記の者は、当施設（事業）において雇用開始前1年間において保育所等での勤務実績がなく新たに下記の業務に従事する者であることを証明します。

1 助成金申請者

(ふりがな)

氏 名

現 住 所 〒 -

2 勤務先の保育所名

3 保育所等の種類（該当する施設に✓を付けてください。）

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保育所              | <input type="checkbox"/> 家庭的保育事業         |                                    |
| <input type="checkbox"/> 小規模保育事業          | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型保育事業       | <input type="checkbox"/> 事業所内保育事業  |
| <input type="checkbox"/> 病児保育事業           | <input type="checkbox"/> 一時預かり事業         | <input type="checkbox"/> 企業主導型保育事業 |
| <input type="checkbox"/> 地方公共団体における単独保育施設 | <input type="checkbox"/> 認定こども園          |                                    |
| <input type="checkbox"/> 幼稚園（常時預かり保育実施）   | <input type="checkbox"/> 幼稚園（認定こども園移行予定） |                                    |
| <input type="checkbox"/> 特例保育             |  |                                    |

4 職 種 （該当する職種に✓を付けてください。）

- |                              |                               |                                |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 保育士 | <input type="checkbox"/> 保育教諭 | <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

5 雇用開始年月日及び勤務時間等

- ・雇用開始日 … 令和 年 月 日
- ・1日あたり勤務時間 … 時間 分
- ・1週あたり勤務日数 … 週 日間