

## 産休・育休証明書(見込)

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会長 様

借受人番号		
住 所	〒	
フリガナ		生年月日
氏 名	(印)	年 月 日
連絡先	自宅TEL ( )	携帯TEL ( )

私は、産休・育休を取得しましたので、次のとおり届け出ます。

業務従事先	所在地及び電話番号	〒
		電話 ( )
	施設名	
産前産後休業期間		年 月 日 から 年 月 日 まで ( 年 ヶ月)
育児休業期間		年 月 日 から 年 月 日 まで ( 年 ヶ月)

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

年 月 日

業務従事先施設の所在地

業務従事先施設の名称

業務従事先施設長の  
職及び氏名

(印)

※ 業務従事先施設の公印または法人の公印を押印してください。