産 休 ・ 育 休 証 明 書

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	㊞	年　　月　　日
連絡先	自宅TEL　　（　　）	携帯TEL　　（　　）

私は、産休・育休を終了しましたので、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　　㊞

※　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。