令和　　年　　月　　日

県立美咲特別支援学校長　殿

事業所名称

代表者職名

代表者氏名　　　　　　　　　 　 　印

勤務時間証明書

下記の者について、以下の通り証明します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務者氏名 |  | | |
| 勤務時間  ※複数ある場合、３つ以内で主なパターンをご記入ください。 | ①　　　　時　　分～ | 時　　分 | 時間　　分 |
| ②　　　　時　　分～ | 時　　分 | 時間　　分 |
| ③　　　　時　　分～ | 時　　分 | 時間　　分 |
| 勤務日数 | ①固定勤務 | 週　　　　　　　　　日勤務 | |
| ②シフト勤務 | 月あたり平均　　　　日勤務 | |