

# 証明書交付願

令和〇〇年〇〇月〇〇日

病院局市立井田病院事務局庶務課長 様

職員コード 〇〇〇〇〇〇〇〇 (8桁の職員コード)

氏名

生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

|                              |  |               |   |
|------------------------------|--|---------------|---|
| 証明事項                         | <input checked="" type="checkbox"/> 在職(就労)証明<br><input type="checkbox"/> 在籍期間証明<br><input type="checkbox"/> 退職証明<br><input type="checkbox"/> 履歴証明<br><input type="checkbox"/> 育休(産休)期間証明<br><input type="checkbox"/> _____   | 必要通数          | _____1_____通  |
| 住所                           | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇区〇〇-〇〇-〇〇  | 電話番号<br>/院内内線 | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇<br>(内線 〇〇〇〇)  |
| 所属<br>(現在または退職時)             | 〇〇病院〇〇部〇〇病棟  | 退職<br>年月日     | 令和〇〇年〇〇月〇〇日   |
| 希望交付期限<br>(証明書が手元に<br>必要な期限) | 年 月 日まで<br>※繁忙期や期限が短い場合などはご希望に添えない場合があります。   |               |   |
| 使用目的                         | <input type="checkbox"/> 修学資金返済免除<br><input type="checkbox"/> 扶養控除<br><input type="checkbox"/> 住宅入居<br><input type="checkbox"/> 住宅購入<br><input type="checkbox"/> 保育園入園<br><input checked="" type="checkbox"/> 保育園入園継続<br><input type="checkbox"/> 年金裁定請求<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険・国民年金加入申請<br><input type="checkbox"/> 雇用保険申請<br><input type="checkbox"/> 査証申請<br><input type="checkbox"/> 再就職<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |               |   |
| 提出先                          | 名称 〇〇病院<br>所在地 〇〇市〇〇区〇〇-〇〇-〇〇  |               |   |
| 発行番号                         | 川井病証明第 _____ 号<br>年 月 日発行  | 担当者           | 受渡方法<br><input type="checkbox"/> 本人受取<br><input type="checkbox"/> 自宅郵送<br><input type="checkbox"/> 職場郵送 |

☆太枠内をご記入ください。

☆郵送を希望する場合は、返信用封筒(宛名記入・切手貼付)を添付してください。