

# 証明書交付願

令和〇〇年〇〇月〇〇日

病院局総務部庶務課長 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 type="checkbox"/> 在職証明 <input checked="" type="checkbox"/> 在籍期間証明 <input type="checkbox"/> 退職証明 <input type="checkbox"/> 履歴証明 <input type="checkbox"/> _____	必要通数	_____1_____通
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇-〇〇-〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
所属 (退職時)	〇〇病院〇〇科	退職 年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
使用目的	<input type="checkbox"/> 修学資金返済免除 <input type="checkbox"/> 扶養控除 <input type="checkbox"/> 住宅入居 <input type="checkbox"/> 住宅購入 <input type="checkbox"/> 保育園入園 <input checked="" type="checkbox"/> 再就職	<input type="checkbox"/> 年金裁定請求 <input type="checkbox"/> 国民健康保険・国民年金加入申請 <input type="checkbox"/> 雇用保険申請 <input type="checkbox"/> 査証申請 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
提出先	名称 〇〇病院 所在地 〇〇市〇〇区〇〇-〇〇-〇〇		
発行番号	川崎市病院局証明第 _____ 号 _____年 _____月 _____日発行	担当者	