

# 証 明 書 交 付 願

年 月 日

病院局総務部庶務課長 様

職員コード

氏 名

生年月日 年 月 日

証明事項	<input type="checkbox"/> 在職証明 <input 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	_____通
住所	〒	電話番号	
所属 (退職時)		退職 年月日	年 月 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 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		
	所在地		
発行番号	川崎市病院局証明第 _____ 号 年 月 日発行	担当者	