

証 明 書 交 付 願

年 月 日

病院局市立井田病院事務局庶務課長 様

職員コード

氏 名

生年月日

年 月 日

証明事項	<input type="checkbox"/> 在職(就労)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"/> 育休(産休)期間証明 <input type="checkbox"/> _____	必要通数	_____通
住所	〒	電話番号 /院内内線	— — (内線)
所属・勤務病棟 (現在または退職時)		退職 年月日	年 月 日
希望交付期限 (証明書が手元に 必要な期限)	年 月 日まで ※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 <input type="checkbox"/> 年金裁定請求 <input type="checkbox"/> 扶養控除 <input type="checkbox"/> 国民健康保険・国民年金加入申請 <input type="checkbox"/> 住宅入居 <input type="checkbox"/> 雇用保険申請 <input type="checkbox"/> 住宅購入 <input type="checkbox"/> 査証申請 <input type="checkbox"/> 保育園入園 <input type="checkbox"/> 再就職 <input type="checkbox"/> 保育園入園継続 <input type="checkbox"/> その他 ()		
提出先	名 称 所在地		
発行番号	川井病証明第 _____ 号 年 月 日発行	担当者	受渡方法 <input type="checkbox"/> 本人受取 <input type="checkbox"/> 自宅郵送 <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。