

決 裁	課 長	課長代理 又は係長	係 員

公 印 審 査		
取扱責任者	文書主任	理事長・病院長 一般 専用 通 簡所

下記の証明願等について証明します。

証 明 願

年 月 日

氏 名 _____

職 種 _____ 所 属 _____

職員番号 _____

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連 絡 先 (電話番号・内線番号等) _____

退職年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※退職 (予定) 者は記入

次のとおり証明書等の発行をお願いします。

記

1 希望証明書

希望するものに通数及び各項目を記入し、用紙の有無欄に○をつけてください。

証明書名	通数	指定用紙	備考
在職証明書	通	有・無	
勤務証明書	通	有・無	
退職証明書	通	有・無	指定用紙が無い場合は、退職日のみの証明となります。
実務経験証明書	通	有・無	
源泉徴収票	通	—	() 年分
年金加入証明書	通	—	※在職者のみ (児童手当申請等用)
その他 ()	通	有・無	【発行を希望する証明の詳細】

※指定用紙についての記入例等がある場合は、ご提出ください。

2 提出先 _____

3 理 由 _____

4 送付先 (郵送対応希望者は記入)

〒 _____

※証明書の発行は、証明願を提出いただいてから1～2週間後程度となります。
ただし、退職後の源泉徴収票発行は諸手当確定後のため退職から2ヶ月後の発行になります。

※郵送対応ご希望の方は、切手を貼付した返信用封筒 (送付先住所記載) と一緒にご提出ください。なお、複数枚の証明書をご希望の場合は、切手料金をご確認ください。

受付印