

人事課長	課長補佐	専門職員	人事グループ	起案

(伺)

このたび、次のとおり願出があったので、別紙のとおり証明し、願出人あて交付してよろしいか伺います。

----- 以下 申請者記入欄 -----

## 証 明 願

## 記入例

所属に✓を入れる

令和 8 年 5 月 1 日

- 医学系研究科長  
 医学部長  
 医学部附属病院長

} 殿

ふりがな こうべ はなこ  
氏名 神戸 花子

生年月日 平成 〇 年 〇 月 〇 日  
昭和

所 属 (課・診療科・分野など) ※看護師は配置部署  
〇〇〇科 〇階北 〇〇学分野 〇〇課〇〇係 等

職 名  在職者  産休・育休・その他休業  退職者  
医員 看護師 等

現住所 〒650-0017  
神戸市中央区楠町 5-7-2

連絡先  内線  PHS  携帯  メール  
1 1 1 1 等

申請者（発行希望者）の  
情報を漏れなく記入

※夫婦で依頼の場合は連名で記入。

下記事項の証明書の交付について、よろしくお願い致します。

申請内容を漏れなく記入

※記載漏れがある場合は  
発行できません

記	
1. 証明内容	<input checked="" type="checkbox"/> 就労・勤務・在職証明（勤務時間の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 退職証明 <input type="checkbox"/> その他（ ）
2. 証明を希望する期間	平成31年4月1日～令和8年3月31日
3. 証明願出理由	<input checked="" type="checkbox"/> 保育・学童 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> その他（ ）
4. 様式の有無	<input type="checkbox"/> 有 ※添付 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※証明事項を右へ記入（ 在職期間、職名 等 ）
5. 提出先	<input checked="" type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 保育等の施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）
6. 受取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 窓口で受取（作成後に通知しますので、人事グループまでお越しく下さい。） <input type="checkbox"/> 郵送（別途切手を貼った返信用封筒をご用意ください。）
7. 交付部数	（ 1 ）部

※証明書の発行には上記項目をすべて記載いただく必要があります。

※証明書発行には2週間程度を要します。あらかじめご了承ください（即日発行はできません）。

※2の期間によっては証明できない場合があります。

# 証明書発行の手続き

## 依頼方法

### 人事グループ窓口

- 必要書類
- 証明願（証明願は窓口にあります）
  - 様式（指定の様式がある場合）

### 学内便で送付

- 必要書類
- 証明願（下記URLか窓口にて取得）
  - 様式（指定の様式がある場合）

送付先：人事課人事グループ

### 郵送（産休・育休・休職中の方）

- 必要書類
- 証明願（下記URLまたはメールにて取得可）
  - 様式（指定の様式がある場合）
  - 返信用封筒

様式ダウンロード先URL：[https://www.hosp.kobe-u.ac.jp/dn/hosp\\_news/5680/index.html](https://www.hosp.kobe-u.ac.jp/dn/hosp_news/5680/index.html)  
人事グループメールアドレス：[soujina@med.kobe-u.ac.jp](mailto:soujina@med.kobe-u.ac.jp)

**！** ご注意：証明願はすべての項目を記入、または✓を入れてください。

## 受け渡し方法

### 人事グループ窓口

人事グループより、証明書発行のお知らせを学内便で送付します。窓口までお越しください。

### 郵送

ご準備いただいた返信用封筒にて証明書を郵送します。