

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

令和 年 月 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  
氏 名

生年月日 平成 昭和 年 月 日

所 属 (課・診療科・分野など) ※看護師は配置部署

職 名  在職者  産休・育休・その他休業  退職者

現 住 所 〒

連 絡 先  内線  PHS  携帯  メール

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。

記	
1. 証 明 内 容	<input type="checkbox"/> 就労・勤務・在職証明 (勤務時間の変更 <input 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	年 月 日 ~ 年 月 日
3. 証 明 願 出 理 由	<input 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 type="checkbox"/> 無 ※証明事項を右へ記入 ( )
5. 提 出 先	<input 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 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	( ) 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。