証 明 書 交 付 願（退職者用）

令和　　年　　月　　日

学校法人岩手医科大学理事長

岩手医科大学長　殿

岩手医科大学付属病院長

|  |  |
| --- | --- |
| 在職時の所属・職名 |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　㊞　　 |
|  | 旧姓（　　　） |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

下記のとおり証明書の交付をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 証明書の種類等 | □在職証明書　　□退職証明書　　□在籍証明書　　□実務経験証明書□給与証明書　　□源泉徴収票　　□離職票　　　　　□その他（備考欄に必要な証明内容・項目をご記入下さい） |
| 所定様式の添付の有無　　□有　　　□無 |
| 証明期間 | （給与証明書の場合：〇年〇月～〇年〇月支給分、源泉徴収票の場合：〇年分） |
| 目的・理由等 |  |
| 提出先 |  |
| 備考 | （記載事項について特にご希望がある場合はこちらにご記入下さい） |
| 必要部数 | 　　　　部 |
| 受取方法 | □郵送　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

◎添付書類

・身分証明書（有効期限内）の写し【運転免許証・ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ・外国人登録証・健康保険証等】

・返信用封筒（郵送による受け取りの場合のみ）

＝証明書発行について＝

・指定様式がある場合は必ず同封してください。

・証明書の発行に際して、個人情報保護法の観点から本人確認を行う必要があり、身分証明書の写しを提出いただいておりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

・発行に要する期間は、人事職員課に書類が届いてから1～2週間程度となります。

・受取方法で郵送を希望される場合は、必ず返送に必要な額面の切手を貼り付けた返信用封筒を同封願います。

 (問い合わせ・送付先)

〒028-3695　岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番1号　岩手医科大学人事職員課

 TEL：019-651-5110（内線4507） MAIL：jinshoku@j.iwate-med.ac.jp

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人事務部長 | 総 括 課 長 | 係　　長 | 係 |  | ＜受渡方法＞ |
|  |  |  |  |  | □自宅送付□職場送付□本人受取□その他 |

以下、大学使用欄