

| | | | | | | | |
|-------|------|---|---|-------|---|---|---|
| 起案 令和 | 年 | 月 | 日 | 決裁 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 課長 | 課長補佐 | 係 | | 起案者 | | | |
| | | | | | | | |

令和 年 月 日

諸証明書交付願

高知大学長 殿

【事務担当】

○総務部人事課

TEL :088-844-8765,8671 FAX:088-844-8119

○医学部・病院事務部総務企画課

TEL :088-880-2224 FAX:088-880-2227

| | | | | | | | |
|---------------|------|--|--|------|--|--|--|
| 所 属 | | | | | | | |
| ※1フリガナ 氏 名 | | | | | | | |
| (職員番号) | | | | | | | |
| 連 絡 先 | (内線) | | | | | | |
| (代理人) 氏名: | | | | 連絡先: | | | |

※1 必ず請求者本人の記名して下さい。
(代理人のみの受付はできません。)

下記のとおり交付 (学内送付 ・ 郵送) して頂こうお願いします。

記

| | |
|--------------------|---|
| 種 別 | <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 (年分) |
| | <input type="checkbox"/> 在職・就労証明書 【領事館への提出(有・無)】 |
| | <input type="checkbox"/> 社会保険資格(喪失)証明書 ※備考欄に住所・性別・生年月日・被扶養者の有無を記載 |
| | <input type="checkbox"/> その他 (文書名) |
| 部 数 | 部 |
| 証明書依頼理由 | の為 |
| 証明書提出先 | |
| 備 考 (証 明 内 容) | |
| 作成希望日 | 注)証明内容によっては、1週間以上かかる場合がございますので、余裕をもって申請してください。 月 日 まで |
| 送付先 (郵送希望の場合) | 〒 (TEL) |
| ※2 採用・退職日 | ※2 年の中途の場合日付を記入してください。 年 月 日 <input type="checkbox"/> 採用 ・ <input type="checkbox"/> 退職 |

○指定の証明様式が無い場合には、証明の必要な事項について備考欄に記載して下さい。

○退職者等で本交付願を提出しがたい場合は、郵送にて任意の用紙に本書の内容を記載して下さい。

○郵送の場合は、返信用の封筒・切手を添付して下さい。

○本人確認が可能となる物の写しを「本交付願」に添付して下さい。(在職者は添付省略可)

| | | | | | | | |
|-------|------|--|---|-------|---|---|---|
| 起案 令和 | 年 | 月 | 日 | 決裁 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 課長 | 課長補佐 | 保険証が発行されるまでの間、保険証の代わりとなる資格証明書の発行を希望される場合はこの交付願の提出が必要となります。 | | | | | |
| | | | | | | | |

年 月 日

(記入例)

諸証明書交付願

高知大学長 殿

【事務担当】

○総務部人事課

TEL :088-844-8765,8671 FAX:088-844-8119

○医学部・病院事務部総務企画課

TEL :088-880-2224 FAX:088-880-2227

| | | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|------|
| 所 属 | 〇〇学部、〇〇部〇〇課 | | | | | | |
| ※フリガナ氏 名 (職員番号) | コウチ 高知 太郎 カウ 太郎 (職員番号) | | | | | | |
| 連 絡 先 | (内線) | | | | | | |
| (代理人) 氏名: | | | | | | | 連絡先: |

※1 必ず請求者本人の記名をして下さい。
(代理人のみの受付はできません。)

下記のとおり交付 (学内送付 ・ 郵送) して頂ようお願いします。

記

| | |
|------------------|---|
| 種 別 | <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 (年分) |
| | <input type="checkbox"/> 在職・就労証明書 【領事館への提出(有・無)】 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険資格(喪失)証明書 ※備考欄に住所・性別・生年月日・被扶養者の有無を記載 |
| | <input type="checkbox"/> その他 (文書名) |
| 部 数 | 1 部 |
| 証明書依頼理由 | 例) 医療機関へ受診の為 |
| 証明書提出先 | 〇〇病院、〇〇クリニック 等 ※「医療機関」のみの記入でもかまいません |
| 備考 (証明内容) | 住所: 高知市〇〇町〇丁目〇 △△ハイツ△号 性別: 男 / 生年月日: 昭和〇〇年〇月〇日 被扶養者氏名: 高知花子 性別: 女 / 生年月日: 昭和〇〇年〇月〇日 続柄: 妻 |
| 作成希望日 | 注)証明内容によっては、1週間以上かかる場合がございますので、余裕をもって申請してください。 月 日 まで |
| 送付先 (郵送希望の場合) | 〒 (TEL) |
| ※2 採用・退職日 | ※2 年の中途の場合日付を記入してください。 〇年 〇月 〇日 <input checked="" type="checkbox"/> 採用 ・ <input type="checkbox"/> 退職 |

○指定の証明様式が無い場合には、証明の必要な事項について備考欄に記載して下さい。

○退職者等で本交付願を提出しがたい場合は、郵送にて任意の用紙に本書の内容を記載して下さい。

○郵送の場合は、返信用の封筒・切手を添付して下さい。

○本人確認が可能となる物の写しを「本交付願」に添付して下さい。(在職者は添付省略可)