

# 各種証明書発行依頼書

★漏れなく記入していただき、必要書類を下記へ郵送してください。

記入欄

提出日

年 月 日

証明書 対象者	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日	昭・平・西暦	年 月 日生
	住所	〒	
	連絡先		
	在籍期間	年 月 日 ~	年 月 日
	発行手数料	銀行振込(振込予定日 月 日)	

証明書 種類・ 枚数等	<input type="checkbox"/> 源泉徴収票( )年分	通	1通 1,100円	
	<input type="checkbox"/> 在職証明書	通	1通 1,100円	合計枚数 通
	<input type="checkbox"/> 実務経験証明書	通	1通 2,200円	合計金額 円
	*実務経験証明書を希望の場合は下記も記入してください。			
	職種			
	取得資格			
	今回受験する試験			
備考				

\*源泉徴収票、在職証明書は退職後2年未満は無償となります。

同封書類	<input type="checkbox"/> 申請書(この書式) → 記載漏れはありませんか
	<input type="checkbox"/> 返信用封筒またはレターパック → 切手を貼りましたか・返送先住所を記載していますか
	<input type="checkbox"/> 指定様式及び書類作成に必要な資料・記入例等
	<input type="checkbox"/> 該当国家資格の免許または資格証の写し

## ■発行手数料振り込み先

金融機関： 肥後銀行(0182) 本店営業部(101) 普通預金 2368358

名義： イ)ニキカイ ニキハーティーホスピタル リジチョウ ニキケイスケ  
医療法人仁木会 ニキハーティーホスピタル 理事長 仁木啓介

## ■郵送先

〒862-0920 熊本市東区月出4-6-100 医療法人仁木会ニキハーティーホスピタル 事務課 証明書担当 宛

-----  
事業所記入欄

書類受付日：	月 日	確認者：	
入金確認日：	月 日	確認者：	入金額： 円
書類発送日：	月 日	確認者：	
備考：			