

証明書等交付申請書（職員用）

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
東京山手メディカルセンター 院長 殿

ふりがな 氏名		ふりがな 旧姓	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
入職/退職	入職	退職	
	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
職員番号	(不明の場合は空欄で構いません)		
現住所	〒		
電話番号			
メールアドレス			
証明書種類	<input type="checkbox"/> 在職証明書（当院様式） <input type="checkbox"/> 在職証明書（指定様式あり） <input type="checkbox"/> 在職証明書以外 } 記載を依頼する証明書を同封してください		
申請理由			
提出先			
備考			