履歴等証明書交付申請書

様式１

滋賀県収入証紙貼付欄580円分

（国の収入印紙ではありません。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）

　滋賀県病院事業庁長　あて

　　　　　　　　氏名※1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（旧姓　　　　　　　　　）

履歴等の証明書について（依頼）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | | 明・大・昭・平 年　　　月　　　日 | | |
| 退職年月日 | | 平・令 　　 　　年　　　月　　　日 | | |
| 証 明 期 間※2 | |  | | |
| 希 望 様 式※3 | | 有（□様式３　□様式３以外※4）　□無 | 必 要 部 数 | 部 |
| 証明を希望する項目※3  （氏名・生年月日を除く。） | | □ 在職期間  □ 事業における地位（証明期間における最終所属および職）  □ 業務の種類（証明期間の最終所属における簡単な職務内容）  □ 勤務態様（常勤、非常勤の別）  　□ 在職期間中の各期間における職務内容  □ その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | |
| 交付の方法※5 | | □郵送　　　□直渡し | | |
| 使用目的・理由 | |  | | |
| 連絡先 | 住所 |  | | |
| TEL |  | | |
| 備考 | | （証明書を必要とする期限、その他証明する際に注意すべきことがあれば、記入してください。） | | |

記入上の注意

※１ 氏名については、自署してください。

※２　実務経験証明の場合は、証明期間欄に証明が必要な期間およびその期間の所属名を記入してください（正規職員および育休代替任期付職員の場合は、所属名は不要です。）。

例) H20.4.1～H30.3.31 小児保健医療センター

※３　希望様式の有無および証明を希望する項目について、該当する項目の□にレ印を入れてください

※４　様式３以外の様式による交付を希望する場合は、希望の様式を添付してください。

※５　交付の方法について、希望する方法の□にレ印を入れてください。

　　　郵送による交付を希望する場合は、返信先の住所および氏名を記入し、返信に必要な額の郵便切手を貼付した返信用封筒を併せて提出してください。