

実務経験証明書・従事日数内訳証明書
発行依頼書（退職者用）

提出日(西暦)： 年 月 日

*医療法人社団 新和会を、退職した方専用です。

今回、 _____ に伴い以下の証明書の発行をお願いします。	
事業所名：	職種：
氏名：	氏名(かな)：
〒 住所：	
電話番号：	生年月日(和暦)： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 実務経験証明書 _____ 通	<input type="checkbox"/> 従事日数内訳証明書 _____ 通
在職期間(西暦)： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	
発行手数料	
実務経験証明書 : 2,000円/1通 従事日数内訳証明書 : 2,000円/1通 振込先：浜松磐田信用金庫 富士見町支店 医療法人社団 新和会 理事長 和田充弘 普通 5027800 *必ず依頼者名で、振り込んでください。	
<p>発行には、依頼書提出し入金確認後 2週間程度をいただきます。 期限に間に合わない場合でも、当法人は一切の責任を負えません。 *上記に了承される場合は、下記にチェックをしてください。 了承をいただけない場合は、発行をいたしかねます。</p> <p><input type="checkbox"/> <u> 了承しました。 </u></p>	

送付先を記入した返信用封筒に、82円切手を貼って、一緒に提出してください。