

実務経験証明書・従事日数内訳証明書  
発行依頼書（在職者用）

提出日(西暦)： 年 月 日

\*医療法人社団 新和会に、現在 在職している職員専用です。

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	入社日(西暦)： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 従事日数内訳証明書 _____ 通	
証明日(西暦)： _____ 年 月 日までの（ <u>確定</u> ・ <u>見込</u> ）証明書	
発行手数料	
実務経験証明書： 無料 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 *必ず職員名で、振り込んでください。	
発行には、提出後、または入金確認後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。 <input type="checkbox"/> 了承しました。	