本部長	総務課長

法定外証明書発行願申請書

社会福祉法人福医会　　年　　月　　日
雇用管理責任者　殿

申請者　　㊞

下記のとおり申請します。

発行期限 （申請日より最短１か月以上）	年　　月　　日から　　年　　月　　日
提出先	
依頼目的 （経緯/理由により発行できない場合がありますので詳細にお書きください。）	□法的準拠　あり（　　） □法的準拠　なし
必要書類	□　事務手数料（公印省略又は減免）　1,100 円 □　事務手数料（法人公印必要又は減免）　3,300 円 □　事務手数料（代表者印必要）　5,500 円 （振込先）※振込手数料は依頼者負担 十八親和銀行　大瀬戸中央支店 普通　口座番号 1005298

職歴

□　入職日　西暦　　年　　月　　日から
□　退職日　西暦　　年　　月　　日付け退職
□　在職期間　　年　　か月
□　雇用職種　正看護師/准看護師/ケアマネ/介護福祉士/その他（　　）
□　在職時事業所名　（最終所属先）　特養/養護/老健/クリニック/他（　　）

処理欄（決裁欄のため申請者記入禁止）	
許可（不許可）年月日	年　　月　　日
入金確認年月日	年　　月　　日

※返信封筒を添えて提出してください。（通信費申請者負担）

※申請に際し不足がある場合発行できない場合があります。