

証明書発行申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
氏 名	(旧姓)		性 別	男 ・ 女	
現住所	〒 —				
日中連絡可能 電話番号					
在籍状況	☐ 在籍中 ☐ 退職 在籍期間 年 月 日 ～ 年 月 日 ※在籍中の方は、入職日のみご記入ください。				
現在又は 退職時の所属					
証明書の種類	ご希望の書類に✓をお願い致します。 ☐ 社会保険資格喪失証明書 用途:健康保険などの切替時に必要 ☐ 離職票 用途:失業給付申請時に必要 ☐ 退職証明書 ☐ その他() 【「その他」の証明書を希望される方へ】 ・指定用紙がある場合は同封してください。 ・指定用紙がない場合は、証明が必要な項目を備考欄にご記入ください。(例:在籍期間・勤務日数など) ・証明期間に指定がある場合は、備考欄にご記入ください。(例:令和6年4月～令和7年3月分)				
※該当者のみ	※ 介護支援専門員受験のための実務経験証明書をご希望の方は下記①②もご記入ください。 ① 受験対象となる保有資格 () ② 資格登録年月日 (年 月 日)				
使用目的					
備 考					

〒220-0012

横浜市西区みなとみらい4-6-2

みなとみらいグランドセントラルタワー3F

株式会社メディカルケアシステム

総務課	