

証明書の発行について

標記書類について、下記のとおり発行願がありましたので、別紙のとおり発行してよろしいか伺います。

|         |       |          |    |          |       |  |     |
|---------|-------|----------|----|----------|-------|--|-----|
| 起案日     | 年 月 日 |          |    | 決裁日      | 年 月 日 |  |     |
| 総務課     |       | 臨床研修センター |    |          |       |  | 起案者 |
| 課長      | 課長補佐  | 事務室長     | 係長 | 臨床研修センター |       |  |     |
|         |       |          |    |          |       |  |     |
| 人事労務管理室 |       | 労務管理     |    | 労務管理係    |       |  |     |
| 室長      | 室長補佐  | 係長       |    |          |       |  |     |
|         |       |          |    |          |       |  |     |
| * 備 考 * |       |          |    |          |       |  |     |

※太枠内にご記入ください

|                                                   |            |                        |
|---------------------------------------------------|------------|------------------------|
| 申請日 年 月 日                                         |            |                        |
| 北海道大学病院長 殿                                        |            |                        |
| (申請者)<br>所属<br>職名<br>ふりがな<br>氏名<br>研修期間 年 月 ～ 年 月 |            |                        |
| 下記のとおり証明書を発行して下さいをお願いします                          |            |                        |
| 証明書の種類                                            | 通数         | 提出先 (発行数分記入してください)     |
| 臨床研修プログラム在籍証明書                                    | 通          |                        |
| 在職証明書                                             | 通          |                        |
| 退職証明書                                             | 通          |                        |
| 臨床研修修了見込証明書                                       | 通          |                        |
| 臨床研修修了証明書                                         | 通          |                        |
| 臨床研修採用見込証明書                                       | 通          |                        |
| 年収見込証明書                                           | 通          |                        |
| 退職金証明書                                            | 通          |                        |
| 源泉徴収票 / 給与証明書                                     | 通          |                        |
| 抗体価証明書 ( )                                        | 通          |                        |
| その他 ( )                                           | 通          |                        |
| 証明書発行理由                                           |            |                        |
| 指定様式の有無 (○で囲む)                                    |            | 有 (発行願とあわせて送付ください) ・ 無 |
| 連絡先                                               | 郵送先 (○で囲む) | 自宅 ・ 勤務先               |
|                                                   | 郵便番号       | 〒                      |
|                                                   | 郵送先住所      |                        |
|                                                   | E-mail     | @                      |
| 備考                                                |            |                        |

【書類送付先】 〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目北海道大学病院 臨床研修センター行

|             |       |
|-------------|-------|
| 臨床研修センター受付日 | 年 月 日 |
| 臨床研修センター発送日 | 年 月 日 |