

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
人事労務管理室長	労務管理係長	労務管理係			臨床研修センター		起案者

※太枠内にご記入ください

証明書発行願

申請日 年 月 日

北海道大学病院長 殿

(申請者)

所属

職名

ふりがな

氏名

研修期間 年 月 ~ 年 月

下記のとおり証明書を発行して下さるようお願いいたします

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 (B型肝炎及び各種小児ウイルス疾患抗体検査証明書)	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	電話番号	
	郵便番号	〒	勤務先名称	
	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