

証明書発行依頼書

提出日 年 月 日

証明 依頼 者 (本人)	フリガナ			
	氏名			
	生年月日 (和暦)	年	月	日
	住所	〒	—	県
	連絡先	TEL ()		
	職種			
在籍期間 (証明)				

必要な証明書

- 実務経験証明 部 / 2, 200円 (1部)
- 従事日数内訳証明 部 / 2, 200円 (1部)
- 源泉徴収票 部 / 550円 (1部)
- 合計部数 部 合計金額 円

発行手数料 (振込先)

銀行 : 埼玉りそな / 上尾 (普) 4173904

フリガナ : イリョウハウジンシャダンホイクカイ カイゴロウジンホケンシセツ
ナーシングプラザコウホク リジチョウ ナミカワヒロアキ

名義 : 医療法人社団哺育会 介護老人保健施設
ナーシングプラザ港北 理事長 浪川浩明

※振込人名は「証明依頼者」の名前でお振込みください。

※振込手数料は証明依頼者にてご負担をお願いします。

郵送同封書類

- ・ 証明書発行依頼書
- ・ 証明書の所定用紙 (氏名、住所など記入できる所は記入してください。)
- ・ 返信用封筒 (返信先宛名記載、切手貼付)

発送先

- ・ 宛先 : 医療法人社団哺育会 介護老人保健施設 ナーシングプラザ港北
- ・ 住所 : 〒223-0056 神奈川県横浜市港北区新吉田町3170
- ・ TEL : 045-590-5667

備考

※発行手数料の入金確認後、2週間以内で発送致します。

期限に間に合わない場合がありますので、余裕をもって申請をしてください。