

証明書交付願

佐賀大学医学部（附属病院）

交付申請年月日	年 月 日	本人であることを確認できる書類(写)を必ず添付してください。	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 戸籍抄本 <input type="checkbox"/> その他 ()		
交付申請者氏名	※改姓された方は、戸籍抄本等を併せて提出してください。 ふりがな		生年月日	年 月 日	
			ふりがな旧姓		
ローマ字名	英文証明書の場合(ヘボン式)				
現住所	〒				
送付先	※現住所と異なる場合のみ記入（原則として本人宛の発送に限ります。） 〒				
連絡先	※必ず日中に連絡がつく電話番号を記入してください。	TEL			MAIL
在職時の職名	※複数ある場合はすべて記入ください。				
在職期間					
使用目的				提出先	
受領方法 <input type="checkbox"/> 欄にチェック	<input type="checkbox"/> 同封の返信用封筒で郵送 <input type="checkbox"/> 窓口での受取り（来訪日 月 日） ※受取りには、本人確認のため身分証明書をご持参ください。				

証明書の種類	指定様式の有無		通 数		※指定様式なしの場合、記載必須事項がありましたらご記入ください。 (例：年俸、業務内容の詳細等)
			和文	英文	
在職（期間）証明書	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	通	通	
退職証明書	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	通	通	
その他 []	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	通	通	

連絡事項などありましたらご記入ください。

問い合わせ先	〒849-8501 佐賀市鍋島5-1-1 佐賀大学 医学部総務課人事系（証明書発行担当） TEL : 0952-34-3028 ※至急必要な場合は、事前にお問合せください。	
--------	---	--

※以下は記入しないでください

大学 記入欄	課長	副課長	係長	作成者	発行日	送付日

受領日	受領者サイン