

# 在職証明書等発行申請書（退職者用）

令和 年 月 日

東京都保健医療局総務部職員課長 殿

(申請者)

カナ氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
氏名		退職時旧姓	
現住所 (送付先)	〒		
電話番号		メールアドレス	
採用年月日	昭・平・令 年 月 日	退職年月日	昭・平・令 年 月 日
職員番号		退職時所属	

## 1 必要な証明書の種類・枚数

- 在職証明書 \_\_部 実務経験証明書 \_\_部 退職証明書 \_\_部 職歴証明書 \_\_部  
その他 ( \_\_部)  
【合計\_\_枚×400円= 円】

## 2 必要な証明事項

<所定の様式がある方>

- 所定の様式に記載のすべての事項

※ 同一項目が記載された保健医療局の様式でもよい場合はこちらにチェック→

<所定の様式がない方>

- 氏名 生年月日 在職期間 退職時所属

- 職名(ex.主事・副参事など) 職種(ex.事務・看護師など) 勤務形態(ex.常勤など)

- 所属経歴(採用から退職までの全期間)

- 所属経歴(一部期間): 昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日

- その他(選択項目に当てはまらない事項について証明を希望する場合はこちらに記載してください)

( )

## 3 申請理由

- 年金請求のため 就職先に提出するため 資格取得に必要なため  
介護支援専門員実務経験研修受講試験の受験に必要なため  
その他 ( )

## 4 備考

<介護支援専門員実務経験研修受講試験を受験される方のみ>

- ・受験地: 東京都・その他の道府県 ( )  
・国家資格等及び受験資格コード: \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ (受験要項をご確認ください。)  
・過去2年間に、実務経験証明書の発行申請をしましたか? はい いいえ