|  |  |
| --- | --- |
| 受付日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | 決裁日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 課 員 | 担 当 者 | 公社決裁 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

**事業主証明書等発行申請書（退職者向け）**

令和　　　年　　　月　　　日

（公財）岡山市ふれあい公社

理事長　　　　　　　　　　　様

（申請者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| カナ氏名 |  | 電話番号 |  |
| 氏名 |  |
| 現住所 | 〒 |
| 退職時旧姓 |  | 退職時所属 |  |
| 採用年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 | 退職年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 就業期間（わかる範囲でご記入ください） |
| 所属 | 在籍期間 |
|  | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

1. **証明内容**

□給与支払証明書　＿部　　　□勤務内容証明書　＿部

□在職証明書　＿部　□実務経験証明書　＿部　□退職証明書　＿部

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＿部）

1. **必要な証明事項**

＜提出先に指定の様式が**ある**方＞

□所定の様式に記載のすべての事項

（証明期間：　　　　　年　　　　　月　　　　　日　～　　　　　　年　　　　　月　　　　　日）

＜提出先に指定の様式が**ない**方＞

□氏名　　□生年月日　　□在職期間　　□勤務形態（パートタイム職員等）　　□職種(放課後児童支援員等)

□勤務日数　□勤務時間　□勤務内容

□所属経歴：　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日

□給与支払金額：　　　年　　　月　　　日　～　　　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）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **使用目的**

□被扶養者認定に使用するため　　　　□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **提出先**
2. **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＞

・過去に、実務経験証明書の発行申請をしましたか？　　□はい　□いいえ

・「はい」の場合、いつ発行申請をしましたか？　　　　　　 （　　　　　　　年　　　　　　月　頃　）

□問い合わせ先

　公益財団法人岡山市ふれあい公社　総務課給与係

〒702-8002　岡山市中区桑野７１５番地２

TEL 086-274-5139