

個人情報保護のため、申請者が本人であることを確認するため、**身分証明書類の提示**（郵送で申請する場合は、コピー同封）が必要です。
本人以外の方が申請する場合は、別途委任状をご用意ください。上記資料がない場合、証明書を発行することができません。

証明書等発行申請書

年 月 日

国立健康危機管理研究機構理事長 殿

／／退職者は退職時の状況を記載（裏面も必須）

〈申請者〉

氏名 所属 職名

※旧姓は（ ）書き 在職時の戸籍氏名で証明

身分 常勤 ・ 非常勤 連絡先 PHS 内線 ※連絡先は、

メールアドレス 照会を使用。

その他 発行のお知らせは行いません。

受け渡し方法 窓口 ・ 自宅へ郵送

※郵送の場合は、郵送先住所記載の封筒を添付

※在職者（勤務中）の方は窓口のみ

発行予定日 年 月 日

※発行予定日は担当が記入

下記のとおり証明書の発行を申請します。

1. 提出先・必要理由

--

2. 証明書の種類等

種類	提出先指定 様式の有無 ○をつける	基本証明事項 (指定様式がない場合の基本内容)	受付日から発行までの 目安日数	必要枚数
在職証明書（簡易）	有・無	氏名、生年月日、採用年月日、現身分、現職名	2週間（繁忙期3週間）	枚
在職証明書（詳細）	有・無	氏名、生年月日、採用年月日、休職等期間、全身分、現職名、職務内容、勤務時間		枚
在職証明書（英文）	有・無	氏名、生年月日、採用年月日、現身分、現職名、勤務時間、病床数		枚
勤務等証明書 (保育園等提出)		指定の様式・記入要領を添付 本申請書裏面にも必ず記載		枚
実務経験証明書 (試験機関等提出)		指定の様式・記入要領を添付 本申請書裏面にも必ず記載		枚
確定拠出年金・その他 ()	有・無			枚

専門職

係長

担当

(問い合わせ・郵送先) 〒162-8655

東京都新宿区戸山1-21-1 国立健康危機管理研究機構

人事課人事係 tel 03-3202-7181 (内線2042)

裏面へ

勤務状況確認（自己申告）

裏面

勤務等証明書、実務経験等証明書の申請者、退職者は必須、それ以外の方は、任意。

1. 在職期間について※退職者のみ

在職期間						職名	身分 ○をつける
年	月	日から	年	月	日まで		常勤・非常勤・賃金
年	月	日から	年	月	日まで		常勤・非常勤・賃金

2. 非常勤職員の方の就労形態

曜日	勤務時間帯	曜日	勤務時間帯
1週間合計	時間 (休憩時間除く所定の勤務時間)	木	: ~ :
月	: ~ :	金	: ~ :
火	: ~ :	土	: ~ :
水	: ~ :	日	: ~ :

3. 看護師等交代制勤務の方の就労形態

勤務形態 ○をつける	勤務時間帯	夜勤の有無 ○をつける	休日出勤の有無 ○をつける
日勤のみ・ 交代制（2交代・3交代）	: ~ :	有・無	有・無

4. 休暇・休職について

種類	取得の有無 ○をつける	取得期間	勤務時間	勤務日
産前産後休暇	有・無	年 月 日から 年 月 日まで	: ~ :	月 火 水 木 金 土 日
育児休業	有・無	年 月 日から 年 月 日まで	: ~ :	月 火 水 木 金 土 日
育児短時間勤務 育児時間勤務	有・無	年 月 日から 年 月 日まで	: ~ :	月 火 水 木 金 土 日
その他 ()	—	年 月 日から 年 月 日まで	: ~ :	月 火 水 木 金 土 日

5. 延長保育の希望の有無

希望する・希望しない（どちらかに○）

6. その他（記入要望事項）

継続的に 超過勤務・深夜勤務・休日出勤 がある

※実績に基づいた証明となりますので、ご要望に添いかねる場合もあります。

文書決裁規程第3条第2項関連 総務部