

担当者記入欄

担当者名:	
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 本人確認
<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 委任状
	<input type="checkbox"/> 本人確認
	<input type="checkbox"/> 代理人の本人確認

人事課長	副課長	専門職員	係長	係員
専決				

※グレーの欄に入力できます。

証明書交付願い

国立大学法人東京医科歯科大学長 殿

日付

ふりがな

氏名 (旧姓)

生年月日

メールアドレス

連絡先(内線、PHS、携帯等)

所属部課(退職者は在職時)

職名(退職者は在職時)

代理人 氏名

連絡先(内線、PHS、携帯等)

下記により証明書を交付願います。
記

種類	雇用保険離職証明書 (離職票)	その他
提出先	ハローワーク	その他
使用目的	失業給付申請	その他
受取方法	窓口受取 郵送・学内便	証明書が出来上がった時の連絡先を教えてください。 送付先(住所・所属等)をご記入願います。
備考		

【証明書発行時のお願い】

個人情報保護法の観点から以下の通り、本人確認書類の提示もしくは同封願います。

- 1.在職者の場合：「身分証明書」もしくは「ネームプレート」の提示
- 2.退職者の場合：「運転免許証」「健康保険証」等本人を確認できる書類の同封
- 3.代理人による申請の場合：申請人の身分証明書もしくはネームプレートの写し、及び、本人の署名のある委任状(*)
- 4.郵送による申請の場合：「運転免許証」「健康保険証」等本人を確認できる書類の同封

(*)委任状：下記をご利用ください。

委任状

日付

(申請人)

所属(または住所)

氏名

私は下記の者を代理人と定め、証明書の取得の権限を委任します。

代理人氏名

問い合わせ先

〒113-8510 東京都文京区湯島1-5-45

電話：03-5803-4533 メール：kyosai.adm@tmd.ac.jp

総務部人事課福利厚生係(1号館1階6番窓口)