

人事課長	副課長	係長	係員

証 明 書 交 付 願 い

平成 年 月 日

国立大学法人東京医科歯科大学長 殿

所属部課又は住所

内線又は電話番号

職 名

ふりがな

氏 名

(旧姓)

生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日生

（ ふりがな
代理人 氏 名

内線又は電話番号

下 記 に よ り 証 明 書 を 交 付 願 い ま す 。

記

証明書の種類	☐ 在 職 証 明 書 ・ ☐ 退 職 証 明 書 その他 ()
提 出 先	
使 用 目 的	
枚 数	枚
受 取 方 法	☐ 手 渡 し ・ ☐ 学 内 便 ・ (☐ 郵 送)
備 考	

～証明書発行時のお願い～

証明書の発行時において、個人情報保護法の観点から以下の通り本人確認を行う必要がありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

- ① 在職者の場合：「身分証明書」もしくは「ネームプレート」を提示願います。
- 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を提示願います。
- ③ 代理人による申請の場合：①又は②の他、本人の署名のある「*委任状」を添付願います。
- ④ 郵送による申請の場合：①又は②の書類の写を同封願います。代理人による場合は、③の委任状を同封願います。

*委任状：書式自由、本人の署名・捺印のあるもの（裏面の様式を使用しても構いません）