

担当	係長	課長	人事 マネジ メント 課 決 裁

別紙のとおり証明してよろしいか伺います。

証 明 願

年 月 日

大野城市長 様
大野城市教育長 様

所 属 課
(局・所・校)

※退職した人は在職当時の所属課(局・所・校)

職 種

正規職員 任期付職員 再任用職員
 嘱託職員 臨時職員 会計年度任用職員

職 員 番 号

※番号がない場合は記入不要

氏 名

在職時と氏が異なる場合は、在職時の氏:

電 話 番 号
(携 帯 可)

内線:

※日中に連絡がつく番号を記入してください。証明書の内容でお電話することがあります。

下記事項について、証明願います。

記

必要とする証明 (証明書の名称、 または証明する事項)	<input type="checkbox"/> 勤務証明書 <input type="checkbox"/> 収入証明書・給与支払証明書(年 月～ 年 月支給分) <input type="checkbox"/> 在職証明書(年 月～ 年 月勤務分) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入:
使用目的	<input type="checkbox"/> 保育所・保育園入所・更新申請のため <input type="checkbox"/> 留守家庭児童保育所入所・更新申請のため <input type="checkbox"/> 配偶者・扶養者の勤務先に提出するため(年末調整・扶養認定など) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記入:
提出先 (事業所名・自治体名など)	
受取希望日 (提出日から7日後以降)	
希望する受取方法	<input type="checkbox"/> 各課文書棚・使送便(在籍中の職員)※親展で封筒に入れます。 <input type="checkbox"/> 配偶者(市職員)あて(各課文書棚・使送)※親展で封筒に入れます。 <input type="checkbox"/> 人事マネジメント課窓口(電話連絡を受けた後、取りに来る) <input type="checkbox"/> 郵送(所定の切手を貼った返信用封筒を必ず添付)
備 考	