

# 在職証明書等発行申請書

<ご留意事項>

別紙「在職証明書等発行依頼方法について」をご一読のうえご申請ください。

令和      年      月      日

証明が必要な職種に☑をしてください。

職種	<input type="checkbox"/> 東京都公立学校特別支援教室専門員（会計年度任用職員）
	<input type="checkbox"/> 都立特別支援学校学校介護職員（会計年度任用職員）
	<input type="checkbox"/> 都立特別支援学校 主任学校介護職員（会計年度任用職員）
	<input type="checkbox"/> 都立特別支援学校病弱教育支援員（会計年度任用職員）

証明が必要な期間を、在籍校ごとに記入ください。

期間 1	在籍校										
	在籍期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
期間 2	在籍校										
	在籍期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
期間 3	在籍校										
	在籍期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
期間 4	在籍校										
	在籍期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	～	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	

所定の様式（証明書）の有無に☑いただき、「あり」の場合は下段設問にご記入ください。

所定の様式 の有無	<input type="checkbox"/> 所定の様式なし（当方所定の様式（証明書）にて証明します）									
	<input type="checkbox"/> 所定の様式あり（所定の様式（証明書）と記入方法等もご郵送ください）									
所定の様式あ りの場合	様式（証明書）の提出先についてご記入ください。記入方法について直接照会させていただく場合がございます。（記入は任意です）									
	提出先 (法人名、所属等)									
	電話番号									

証明対象者の氏名、生年月日、住所、連絡先等をご記入ください。  
(申請はご本人様からとなります。)

氏名（漢字）										
氏名（カナ）										
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日						
職員番号										⇔（不明な場合は空欄でも結構です）
日中連絡先 (電話番号)										