令和○年○月○日

昭和地区事務部総務課人事係　御中

科・部等名：○○

職　　　名：○○

氏　　　名：○○○○

　以下の者の○○○○○○○証明書（添付）について、記載事項が正確であることを証明いたします。病院長による証明をお願いいたします。

該当者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　　属 | 職　　名 | 氏　　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |