

証 明 書

下記の者に扶養手当または、これに相当する給与を支給していないことを証明します。

記

被用者の氏名 _____

同一家族の氏名

氏 名	続 柄	生 年 月 日	備 考

令和 年 月 日

所在地
名 称
代表者



証 明 書

下記の者に扶養手当または、これに相当する給与を支給していないことを証明します。

記

被用者の氏名 職員（岐阜県総合医療センター採用の職員）の配偶者氏名

同一家族の氏名

氏 名	続 柄	生 年 月 日	備 考
お子さん氏名	続柄	生年月日	

令和 年 月 日

所在地
名 称
代表者

配偶者の勤務先にて
証明を依頼



職員（岐阜県総合医療センターに採用された職員）の配偶者が勤務されている場合、その勤務先から証明をしていただくように依頼してください。