

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。