

依頼の入力例

証明書（実務経験等）のご依頼

*必須

メールアドレス *

1234abc@mcsq.co.jp

依頼時の控えが送られる宛先になりますので

必ずご入力下さい。

基本情報

証明書を依頼される従業員情報と問合社の担当社員までご連絡先をご入力下さい。

社員ID

00199999

**依頼される方の情報
を入力してください。**

氏名（姓） *

愛野

氏名（名） *

イエ

所属事業所 *

在職者は現所属、退職者は退職時の所属をご記載ください。

愛の家グループホーム大宮大成

証明書種別 *

※退職時の社会保険喪失証明の場合も「社会保険資格取得証明書」をご選択ください。※源泉徴収票など弊社より発行を要する書類は「個人情報取得証明」をご選択ください。

- 実務経験証明書（介護支援専門員）
- 社会保険資格取得証明書
- 個人情報取得証明
- 実務経験証明書（介護福祉士）
- その他の証明書

「実務経験証明書（介護福祉士）」を選択して下さい。

発行希望日

※ご依頼から発行まで通常10~14日間要します。ご依頼順での対応となるため、発行の希望日までにお渡しできない場合がありますことご了承ください。

日付

2018/08/15

旧姓（ある場合）

退職者で、在職中と姓が異なる場合にのみご入力ください。

回答を入力

再入社前後の合計を合算して発行する場合、**「再入社あり」**をご選択ください。

再入社有無 *

当社に入社、退社を2回以上された場合は「あり」を選択してください。

- 再入社なし
- 再入社あり（退社後、再入社）

証明期間について問合せさせて頂く際に、連絡可能な電話番号をご記載ください。

連絡先電話番号 *

在職者は所属先の連絡先を指定いただけます。

090-0000-0000

返送先 *

所属事業所は現在、在職の方が選択してください。

自宅住所

所属先

自宅住所

返送先に「自宅住所」選択した場合にご入力用封筒を下記へ送付してください。〒320-0801 埼玉県さいたま市大宮区大宮1-90-3 メディカル・ケア・サービス株式会社 認定医棟

埼玉県さいたま市大宮区〇〇丁目〇〇番地〇〇

ご自宅に送付する際には返送用の封筒を送付してください。

必要枚数 *

1

1枚とご記載ください。
1枚で証明期間内の異動含めた証明書を発行します。

備考

回答を入力

次へ

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

証明書（実務経験等）のご依頼

*必須

実務経験証明書（介護福祉士）

実績／見込 *

- 実績
- 見込
- 確定実績（見込提出後）

退職者の方は**実績**をご
選択ください。

証明期間（従事期間）開始・年 *

2013 ▼

証明期間（従事期間）開始・月 *

04 ▼

証明期間（従事期間）開始・日 *

20 ▼

年・月・日すべてを選択
してください。

証明期間（従事期間）終了・年 *

2017 ▼

証明期間（従事期間）終了・月 *

08 ▼

証明期間（従事期間）終了・日 *

31 ▼

職種コード *

02

職種 *

介護職

介護従事日数内訳書の要否 *

午前・午後など同じ日に複数の会社で働いていた場合、必要になります

不要

必要

返信用封筒には**切手の貼付**をお願いします。
※**お急ぎ**の場合には、**速達**料金を加算してください。

最後に

「送信」処理完了後、実務経験証明書を下記宛に送付してください。
※ご自宅等への返信を希望される場合は返信用封筒を同封してください。

〒330-0852埼玉県さいたま市大宮区大成町1-190-3 証明書係

回答のコピーが指定したアドレスにメールで送信されます。

戻る

送信

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このフォームは Medical Care Service Company Inc. 内部で作成されました。不正行為の報告 - 利用規約 - 追加規約

Google フォーム