**軍　歴　証　明　願**

令和　　　年　　　月　　　日

宮城県保健福祉部社会福祉課長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 |  | 　　（明・大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日） |
| 住所 | 〒　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　） |
| 調査対象者との続柄 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調査対象者 |  | （：　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　明治　　大正　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　昭和 |
| 終戦時本籍 | 　宮城県 |
| 身分及び階級等 | 　陸軍 |
| 公務員及び旧三公社勤務歴 | 　　　　　　　　 在職期間がある場合　有　・　無　　 勤務先名：　　　　　　　　 在職期間：昭和　　年～昭和　　年 |
| 閲覧・交付の目的 |  |

履歴概要（調査対象者の軍歴について、御記憶のあることを御記入願います。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　年　　月　　日 | 階級等 | 記載事項 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |