年　　月　　日

証明書交付申請書

　独立行政法人地域医療機能推進機構

　　星ヶ丘医療センター院長　様

　以下のとおり、証明書の発行を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 　 ふ り が な氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（旧姓　　　　　　　　） |
| 住　　所 | 〒 |
| 生年月日 | 　昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 | 　（　　　　　　　　）　　　　　　－ |
| 卒業学科 | 　　　看護学科　・　保健学科　（該当に○をつけてください） |
| 卒業年月 | 　　平成　　　年　　　月卒業 |
| 必 要 な証明書の種　　類 | 卒業証明書　　　　　　　通（×1,000円＝　　　　　　　円） |
| 成績証明書　　　　　　　通（×2,000円＝　　　　　　　円） |
| 単位修得証明書　　　　　通（×2,000円＝　　　　　　　円）　　　　　　 |
| そ の 他　　　　　　　　通（×　　　円＝　　　　　　　円） |
| 合　　計　　　　　　　　通　　　　　　　　　　　　　　円 |

※　1. 卒業後に改姓があった場合は、氏名の後に旧姓を記入してください。

2. 電話番号は、ご本人への確認事項等がある場合がありますので、確実に連絡のとれる番号を

記入してください。

　　　3. 両学科の証明書の交付を希望する場合は、それぞれの学科ごとに申請書を提出してください。

　　　4. 当院の書式以外の証明書については、内容確認の上、発行手数料をお知らせしますので、

　　　　 事前にお電話にてご確認ください。