

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	( ) ー
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。