

証明書交付申請書

学籍簿管理責任者

申請日

年

月

日

一般社団法人河内長野市医師会 殿

申請者氏名

続柄

本人

・ 代理人

下記の証明書の交付を申請します。

受取は窓口受取(月 日) ・ 郵送 を希望します。

証明 の 必要 な 本 人 事 項	ふりがな 氏 名	(旧姓)	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生	
	卒業等年月	河 内 長 野 看 護 専 門 学 校 看護専門課程看護学科 回生 ・ 看護高等課程准看護学科 期生 昭和 ・ 平成 年 月 卒業 ・ 退学	
	住 所	〒	
	電話番号	平日9時～17時の間に連絡が可能な方を記入 (自宅 ・ 携帯)	
使用目的	進学 ・ 就職 ・ その他()		
提 出 先	(名称・所在地)		
証明書の種類	成績証明書・単位取得証明書	通	備考欄
	在籍証明書	通	
	卒業証明書	通	
	その他の証明書	通	
	()	通	

※ 本人であることを確認できる書類を添えてお申し込みください。

※ 記入漏れがある場合、確認ができない場合は発行できません。

※ 発行手数料は各1通につき500円です。

※ 看護師国家試験受験用卒業証明書申請の場合は備考欄にその旨記入してください。