

証明書交付申請書

和暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

西埼玉中央病院附属看護学校長 殿

申請者氏名 _____ (印)

下記の証明書の交付を申請します。

証明の必要な本人事項			
ふりがな 氏名			
ふりがな 旧姓			
生年月日	昭和・平成	年	月 日
回生	回生		
入学年	昭和・平成	年	月
卒業年	昭和・平成	年	月
住所	〒		
電話番号	TEL		
携帯電話	TEL		
提出先	① ② ③		
必要理由 ※○印をつけてください	就職 ・ 進学 その他 ()		
申請書	通数	金額	提出先番号①②③
卒業証明書 500円 *卒業された方のみ	通	円	
成績(履修)証明書 1,000円	通	円	
その他所定の証明書 3,000円	通	円	
合計	通	円	