

証明書交付申請書

20 年 月 日

一般社団法人南埼玉郡市医師会
会長 齋木徳祐 様

申請者氏名 _____

※被証明者との続柄（本人・代理人）

代理人の場合は本人委任状を添付すること

下記のとおり証明書の交付を申請します。

卒業学校	<input type="checkbox"/> 久喜看護専門学校（3年課程）			
	<input type="checkbox"/> 久喜看護専門学校（2年課程）			
	<input type="checkbox"/> 春日部准看護婦学校			
本人情報	ふりがな 氏 名		ふりがな 旧 姓	
	生年月日	西暦 年 月 日	年 齢	歳
	学籍番号		回・期生	回・期生
	入学年	西暦 年 月	卒業年	西暦 年 月
	住 所	〒 -		
	電話番号	携帯 - -	自宅 - -	
交付を求める証明書・手数料		必要通数	必要理由	※発行番号
①卒業証明書 1,000円/通		通	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他	
②成績証明書 1,000円/通		通	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他	
③取得単位証明書 1,000円/通		通	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他	
証明書の 提出先	①卒業証明書			
	②成績証明書			
	③取得単位証明書			
受取希望日		20 年 月 日		
受取方法	<input type="checkbox"/> 医師会窓口で直接			
	<input type="checkbox"/> 郵送希望			
手数料 領収書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			

※発行番号は医師会記入欄ですので記入の必要はありません。