

証明書発行申請書

(既卒者用)

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
浜田医療センター附属看護学校長 殿

卒業学校名 (どちらかに☑をしてください)

浜田医療センター附属看護学校

国立浜田病院附属看護学校

第 期生

氏 名

旧姓 ()

〒

住所

電話番号 () -

生年月日 昭和・平成 年 月 日

下記により証明書の交付をお願いします。

記

証明書の種類 及び枚数	成績証明書 (通)・卒業証明書 (通) その他 ()
提出先	
使用目的	
受取希望日	
備考	

※証明書一通につき500円とともに、現金書留で送付してください。

※本人の証明になるもの(運転免許証などのコピー)を同封してください。

※郵送の際は返信用封筒角形2号(24cm×33cm)に、住所・氏名・郵便番号を
明記して同封してください。(切手代120円 速達の場合はプラス280円)
部数が多い場合は、それに応じた切手を貼付してください。

※受取希望日は、こちらに到着した日から一週間の余裕をみてくださるようお願いいたします。