

〈卒業生用〉

証 明 書 交 付 申 請 書	
申請者 (卒業時氏名をご記入下さい)	郵便番号 住所 ふりがな 氏名 ( 年 月 日生)
卒業学校名	卒業年度( 年)・卒業回生( 回生)
証明書の種類	卒業証明書 通 成績証明書 通 その他( ) 通 その他( ) 通
使用目的 (必要とする理由)	
提出先 (正式名称をご記入ください。)	
返信期限	
	上記のとおり、証明書交付をお願いします  独立行政法人国立病院機構 京都医療センター附属京都看護助産学校長 様  年 月 日  氏名  [ 電話番号 — — E-mail ]

※ 黒のボールペンで記入してください。