

証明書交付申請書

(一部コピーし、控えとして保管してください)

平成 年 月 日

(申請者)

住 所 〒

電 話

(本人様への確認事項等ある場合がございますので確実に連絡の取れる番号をお願いします)

フリガナ
氏 名

フリガナ
旧 姓

生年月日 昭和 年 月 日生

卒業校

卒業年次 年度卒業 期生

必要数 卒業証明書 通(×500円= 円(ア))

成績証明書 通(×1,000円= 円(イ))

その他 通(×500円= 円(ウ))

手数料計(ア+イ+ウ) 円

お支払い方法 郵便小為替 ・ 銀行振込 (いずれかに をお願いします)

以上のとおり、証明書の発行を申請します。

独立行政法人国立病院機構本部医療部長 殿