

証明書発行願
(既卒者用)

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
呉医療センター附属呉看護学校長 殿

卒業学校名
第 回生
氏名 印
旧姓 ()
〒
住所
電話番号 () -
年 月 日生 歳

下記の証明書を必要としますので、ご交付下さいますようお願いいたします。

証明書の種類	成績証明書・卒業証明書・その他 ()
提出先	住所： 名称：
用途	
部数	
備考	

1. 証明書の種類の該当項目に○をし、持参（郵送）してください。
2. 証明書発行には、10日から2週間かかります。
3. 文書料は1部につき500円かかり、証明書発行後の振込となります。郵送の書類と一緒に振込先をお知らせしますので到着後2週間以内にお振り込みください。
4. 証明書交付には本人確認が必要です。確認のため、卒業証書のコピーと運転免許証か保険証のコピーも添えてください。
5. 郵送の際は返信用封筒角形2号（24×32cm）に住所、氏名、郵便番号を明記・切手貼付を同封してください。

※切手代・・・2部まで 120円 4部まで 140円

(速達希望の場合は、プラス 290円 返信用封筒上部に、朱字で速達と記入)

記入漏れがある場合は発行できません。

学校確認用	運転免許証番号	卒業証書番号	確認者
-------	---------	--------	-----