

証明書等交付申請書

株式会社 互恵会 大阪回生病院

病院長様

下記により証明書等を交付願います。

申請年月日		年 月 日		
証明等を受ける者	フリガナ		生年月日	
	卒業時等の氏名			年 月 日生
	在籍していた学校名			
	卒業年月等	昭和 平成	年 月	課程 年課程 卒業 中退
申請者	フリガナ			
	氏名 (上記と異なる場合)			
	住所	〒 ー		
	連絡先TEL			
証明書等の種類及び必要数	種類		必要枚数	
	卒業証明書		通	
	成績証明書		通	
	その他 ()		通	
	計		通	
使用目的	1 進学 2 就職 3 資格取得 4 その他			
備考				

* 太枠内をボールペンで記入してください。

* この申請書とあわせて返信用の封筒（住所及び氏名を記入し、切手を貼る。）を必ず提出して下さい。

* 申請者の本人確認を行いますので、申請者は運転免許証、保険証など本人確認ができるものの写しを同封してください。

【病院使用欄】

証明書交付台帳

受付年月日	発行年月日	文書番号	備考
平成 年 月 日	平成 年 月 日	第 号	