

証明書発行依頼書（卒業生用）

申込日： 年 月 日

一般社団法人大阪市淀川区医師会 様

下記のとおり証明書の発行をお願いいたします

課程	看護学科	回生 ・ 期生 (年卒)	准看護学科	回生 ・ 期生 (年卒)
現住所	〒 電話 - - E-mail			
現在の氏名	ふりがな ()		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
卒業時の氏名	ふりがな ()			
卒業証明書 通			証明書 1 通につき 5 0 0 円	
成績証明書 通			合計 通	
その他 () 通			円	
提出先	※必ず記入すること			
使用目的	※必ず記入すること			

本人確認書類

運転免許証・健康保険証・パスポート・その他公的証明書（氏名、生年月日、住所の記載があるもの）のコピーを添付してください。

個人情報保護について

個人情報保護の観点から、証明書発行に際し、ご本人からの依頼であることの確認のため本人確認書類の添付をお願いいたします。

提出いただいた証明書発行依頼書、本人確認書類に記載された個人情報は、証明書発行に関する業務以外に使用しません。