

証 明 書 交 付 願 (証 明 書 発 行 申 込 書)

記入日 年 月 日

フリガナ				生 年 月 日
氏 名	(旧姓 :)		昭和 ・ 平成 年 月 日 生	(西暦 年)
ローマ字	※英文証明書を希望の場合のみ			
住 所	〒 _____			
電 話			E-mail	
西暦	年 (昭和 ・ 平成 年)	月	入学	
西暦	年 (昭和 ・ 平成 年)	月	卒業	
西暦	年 (昭和 ・ 平成 年)	月	退学	
平成8年3月～平成17年3月に卒業した方は、次のいずれかを○で囲んで下さい。			看護第1科 / 看護第2科	
区 分	手 数 料	必要数	提出先 (学校名・企業名 等)、特記事項	
卒 業 証 明 書	500 円 / 1 通	通		
成 績 証 明 書	500 円 / 1 通	通		
単 位 修 得 証 明 書	500 円 / 1 通	通		
そ の 他	500 円 / 1 通	通		
()				
※カリキュラム等が必要な場合は、別途お尋ね下さい。				
※大学編入学資格証明書については、証明できない場合がありますので、別途お尋ね下さい。				
合 計	500 円 × () 通 = _____ 円			

- 必要事項を記入し、下記を同封の上、送付先住所宛に郵送してください。
 - 身分証明書のコピー (運転免許証、健康保険証、パスポート など)
 - 所定の様式がある場合は併せて郵送してください。

■ 振込 (予定) 日 _____ 年 月 日 / 振込名義 (カナ) _____

■ 振込先 三井住友銀行 西宮支店 普通 670441 (学)兵庫医科大学

※振込者氏名の前に カンと入力の上、お振込みください。

※振込手数料は振込者負担となります。

※証明書交付願を提出後、3営業日以内にお振込みください。

- 郵送先/問合せ
 学校法人兵庫医科大学 総務部総務課 (旧看護学校証明書担当)
 〒663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号
 電話 : 0798-45-6532 メール : soumu@hyo-med.ac.jp 担当 : 赤野 (アカノ)