

# 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。

- 身分証明書の写し (運転免許証、マイナンバーカード(表面)、パスポート、健康保険資格確認書 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](mailto:soumu@hyo-med.ac.jp)