

※この様式は、閉校した学校の卒業生用です。

(要領 様式2)

収受印

証明書交付申請書

年 月 日

東京都保健医療局医療政策部長 殿

申請者 _____
(代理人が申請する場合には委任状が必要です。)

下記の証明書の交付を申請します。

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--------|----------|-------------|-------|--|
| 証明 を 受 け る 人 | ふりがな | | 旧姓 | 生年 月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | | |
| | 住 所 | 郵便番号 (-) | | | | | |
| | 電 話 番 号 | ※平日 9:00~17:00 の時間帯で連絡の取れる番号を必ず記入してください。 TEL - - 海外在住の場合 (TEL - -) E-mail | | | | | |
| | 学 校 名 | 東京都立 | 看護専門学校 | 学籍番号 | | | |
| | 学 科 ・ 課 程 | 保健学科・助産学科・看護学科 (3年課程・2年課程・准看) | | | | | |
| | 入 学 年 月 | 昭和 平成 | 年 月 | 卒 業 年 月 | 昭和 平成 | 年 月 | |
| 使用目的 | 就職・進学・資格試験・その他 () | | | | | | |
| 提 出 先 | ① | | | | | | |
| | ② | | | | | | |
| | ③ | | | | | | |
| | ④ | | | | | | |
| 申 請 内 容 | 名 称 | 通数 | 提出先番号 | ※発行番号 | | | |
| | 成績証明書(単位修得証明書) | 通 | | | | | |
| | 卒業証明書 | 通 | | | | | |
| | その他 () | 通 | | | | | |
| 本 人 確 認 書 類 (写) | マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証・旅券 (パスポート) ・その他 () | | | | 本人確認書類チェック欄 | | |
| | ※ 氏名 (日本語表記)・生年月日・現住所がわかるもの ※ 英文の証明が必要な場合は、旅券 (パスポート) (写) を添付のこと。 | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | |

| | | | | | | |
|------|-------------------------|--------|------|---------|-------|-----------------|
| 保存期間 | 年 | 満了後の措置 | 分類記号 | 引継ぎ | | |
| 決定権者 | 審査 | 審議 | 起案者 | 文書記号・番号 | 第 | 号 |
| | | | | 施行 | 年 月 日 | 浄書照合 公印照合・押印 |
| | | | | 決定 | 年 月 日 | |
| | | | | 起案 | 年 月 日 | |
| 件名 | 証明書等の発行について | | | 収受 | 年 月 日 | |
| 決定文 | 上記申請に基づき、案により証明書等を発行する。 | | | | | |