

※この様式は、閉校した学校の卒業生用です。

(要領 様式2)

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)	※ 氏名 (日本語表記)・生年月日・現住所がわかるもの 運転免許証・健康保険証・旅券 (パスポート)・その他 () ※ 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。					本人確認書類チェック欄	
	備考						

※ 発行番号欄及び以下の欄は、事務処理欄ですので記入しないでください。

收受年月日 年 月 日 (郵送・来所)

領収日付印

課長代理 (看護学校担当)	確認者	確認者	担当	浄書	公印照合	封入確認 月 日

上記の申請に基づき、申請者宛て証明書を発行します。 決定日 年 月 日