※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		
	その他（　　）	通		

本人確認書類（写）	・マイナンバーカード（個人番号カード）　・運転免許証 ・旅券（パスポート）　・その他（　　） ※　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。	本人確認書類チェック欄
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。							