

証明書発行依頼書

独立行政法人 地域医療機能推進機構 大阪病院附属看護専門学校 殿

期生

回生 氏名 _____

旧姓 _____

現住所 〒 _____

本籍地 _____

TEL _____

生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

依頼日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

書類受領希望日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下のとおり証明書の発行を依頼します。

1. 理由 進学 保健師・助産師学校 就職 その他

提出先 _____

2. 必要書類 成績証明書・・・ 部

卒業証明書・・・ 部

英文証明書・・・ 部

その他の用紙・・・ 部

* にレを入れてください。