

証明書交付願

申込日 平成 年 月 日

フリガナ氏名	(旧姓)
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
現住所	
連絡先	(9:00~17:00に連絡がとれる電話番号をお願いします。)
卒業年次	昭和 ・ 平成 年 3月卒業 (第 回生)
必要な証明書及び必要部数	卒業証明書 通 成績証明書 通
使用目的及び提出先	

本人確認情報	※ 本人確認のため、身分証明書(住所・氏名・生年月日の確認できるもの)コピーを提出願います。 運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他 ()
--------	---

受取方法 (どちらかに○を入れて下さい)	郵 送	窓口 (高砂市医師会)
	郵送の場合、下記の4点を申請書と一緒に提出して下さい。 ①身分証明書(写し) ②返信用封筒(角2) ③証明書発行料合計の郵便小為替 ④切手450円分	(希望日 月 日) ①身分証明書(写し) ②証明書発行料

※ 証明書発行料：各種1枚発行につき300円
※ 文書作成には1週間程度要します。(余裕をもって申込み下さい。)

(医師会使用欄)

検印	発行日	台帳番号	発行料確認	作成者	受付