

(第3条関係)

証明書交付願

年 月 日

地方独立行政法人

市立大津市民病院 理事長

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日生 (満 才)

連絡先 _____

_____ 年 月卒業 (第 期生)

下記の理由により市立大津市民病院附属看護専門学校にかかる証明書の交付をお願いします。

記

1 証明書の種類

卒業証明書 成績証明書 在籍証明書

その他証明書 (_____)

2 証明書を必要とする理由

(_____)

3 提 出 先

(_____)

4 部 数

(_____) 部

(添付書類)

交付手数料 ※現金書留に限る

顔写真付き本人確認書類の写し

返信用封筒 ※切手貼付要