

年 月 日

証 明 書 発 行 願

独立行政法人地域医療機能推進機構
神 戸 中 央 病 院 長 様

卒業年度 年度 第 期生
氏 名 ⑩
(旧姓 :)
生年月日
連 絡 先

下記の証明書を発行していただきたくお願いいたします。

記

1. 使用目的

2. 証明書の種類と証明書料

() 卒業証明書 1通 2,000円× 通= 円
() 成績証明書 1通 2,000円× 通= 円
() その他 1通 2,000円× 通= 円
証明書名 : ()
() 英文証明書 1通 5,000円× 通= 円
合計 _____ 円

本人確認書類

運転免許証・マイナンバーカード・パスポート等の
写しを添付して下さい

総務企画課長	総務企画課	経理課