

証明書交付願

申込日 令和 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460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 |
|----|-----|------|-------|-----|----|
| | | | | | |