

高等看護学院卒業生 証明書発行申請書

(申請日)

令和	年	月	日
----	---	---	---

※ 発行には2週間程度を要します。

(郵送の場合はその配達期間を考慮ください)

※ 本人確認書類を添付してください。

(免許証 又は パスポート当写真付きの身分証明書の写し)

※ 返信用の「封筒(切手貼付、送付先記載済)」を添付してください。

(申請者の情報)

ふりがな			旧 姓 (該当がある場合)	※旧姓併記希望 有 ・ 無
氏 名				
ローマ字の氏名 (英文を依頼の場合)				
電 話	携帯	— —		
	その他	— —		
メールアドレス				
現 住 所 (送 付 先)	〒			
生 年 月 日	西 暦 年 月 日 (昭和・平成 年)			
現在の勤務先等				
卒 業 期 別	高等看護学院 期			
証明書 の 種 類 □に✓を入れてください	☐ 卒業証明書	必要部数	和文 部	
			英文 部	
	☐ 成績証明書	必要部数	和文 部	
			英文 部	
使 用 目 的 提 出 先				

(申請書送付先 及び 問い合わせ先)

〒359-8513

埼玉県所沢市並木 3 - 2

防衛医科大学校 事務局総務部総務課人事係 (証明書発行担当) 宛

電話04-2995-1211 (内線 : 2114)

高等看護学院卒業生 証明書発行申請書

(申請日)

令和 〇 年 〇 月 〇 日

※ 発行には2週間程度を要します。

(郵送の場合はその配達期間を考慮ください)

※ 本人確認書類を添付してください。

(免許証 又は パスポート当写真付きの身分証明書の写し)

※ 返信用の「封筒(切手貼付、送付先記載済)」を添付してください。

(申請者の情報)

ふりがな	ぼうじん はなこ			旧 姓 (該当がある場合)	国守 (Kunimori)
氏 名	防人 華子				
ローマ字の氏名 (英文を依頼の場合)	Hanako Boujin			※旧姓併記希望 ☒ 有 ・ ☐ 無	
電 話	携帯	090 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇			
	その他	— —			
メールアドレス	bouei.ika.daigaku@gmail.com				
現 住 所 (送 付 先)	〒 359-8519 埼玉県所沢市並木3丁目2番地				
生 年 月 日	西 暦 1985 年 1 月 1 日 (昭和・平成 60 年)				
現在の勤務先等	〇〇病院 〇〇部				
卒 業 期 別	高等看護学院 39 期				
証明書 の 種 類 □に✓を入れてください	☒ 卒業証明書	必要部数	和文 1 部 英文 1 部		
	☒ 成績証明書	必要部数	和文 1 部 英文 1 部		
使 用 目 的 提 出 先	〇〇病院へ就職(転職)のため 〇〇試験受験のため				

(申請書送付先 及び 問い合わせ先)

〒359-8513
埼玉県所沢市並木3-2
防衛医科大学校 事務局総務部総務課人事係(証明書発行担当) 宛
電話04-2995-1211(内線:2114)