

経理課長	課長補佐	財務管理係長	財務管理係

証明書交付願

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構
中 京 病 院 長 様

卒業年月日 卒業

氏 名 ㊦

(旧 姓)

生年月日

住 所

日中の連絡先

下記の証明書の交付をお願い致します。

記

1. 使用目的

2. 提出先

3. 種 類

- ・卒業証明書 () 通
- ・成績証明書 () 通
- ・単位修得証明書 () 通
- ・その他証明書 () 通

証明書名 []

本人確認書類

運転免許証・健康保険証・住民基本台帳カード・パスポートなど本人確認ができる書類の
写しを添付してください。