高知県医師会准看護学院　各種証明書発行願

一般社団法人高知県医師会　会長　様

下記の証明書を発行願います。

※太枠内のみボールペンでご記入ください。

申　請　日	令和　　年　　月　　日		
フ　リ　ガ　ナ			
氏　　名 （証明書は卒業時の氏名での発行となります）	旧姓（　　）		
生　年　月　日	昭和　・　平成　　年　　月　　日生		
住　　所	〒		
電　話　番　号	※日中連絡の取れるもの		
卒業年・回生	昭和　・　平成　　年　卒業（第　　回生）		
使　用　目　的		提　出　先	

種　　別	1通500円	割印①	割印②	備　　考
卒業証明書	通			
成績証明書（卒業後5年以内のみ発行）	通			
発行不能証明書	通			
合　　計	通　×　500円　＝　　円			

本人確認書類貼付

本人確認のため、運転免許証、パスポート、健康保険証のコピーを必ず貼り付けてください。

＊健康保険証のコピーの場合は、保険者番号及び被保険者記号・番号のマスキングをお願いします。

（個人情報保護の観点から、令和２年１０月１日より健康保険事業またはこれに関連する事務の遂行等の目的以外で当該番号等の告知を求めることが禁止されています）

本人確認書類がない場合は発行できません

◆以下の４点がすべて揃っているか、再度確認のうえ、郵送にて請求してください

（不備がありますと、証明書の発行はできません）

□証明書発行願：記入漏れはないか

□身分証明書のコピー：□運転免許証　□パスポート　□健康保険証

□手数料：郵便為替（無記名）

□レターパックライト：住所・氏名を明記し追跡番号をメモに控える

※事務局使用欄

レターパック依頼主保管用シール貼付欄

事務局長	課長	課長代理	係長	係

受付	/	発行	/	発送	/