

(看護専門学校・保健婦専門学校・医療技術短期大学・医学部看護学科・保健看護研究科・保健看護学研究科用)

1通につき 400円	<h1>証明書交付申請書</h1>			受領印
	申請者 住所・氏名	[住所] 〒 _____ [氏名] (卒業時の姓: _____) (ローマ字: _____) [連絡先] 自宅・携帯 _____ [生年月日] 昭和・平成 _____年 ____月 ____日	[学校名] <input type="checkbox"/> 看護専門学校 (看護・助産) <input type="checkbox"/> 保健婦専門学校 <input type="checkbox"/> 医療技術短期大学部 (看護・保健・助産) <input type="checkbox"/> 医学部看護学科 (学部・編入) <input type="checkbox"/> 大学院 保健看護研究科 [入学年次] 昭和・平成 _____年 ____月 [卒業年次] 昭和・平成 _____年 ____月	
	証明内容の種類	<input type="checkbox"/> 卒業証明書 () 通	<input type="checkbox"/> 卒業見込証明書 () 通	<input type="checkbox"/> 学位授与証明書 () 通
		<input type="checkbox"/> 修了証明書 () 通	<input type="checkbox"/> 英文卒業・修了証明書 () 通	<input type="checkbox"/> 学位授与見込証明書 () 通
		<input type="checkbox"/> 成績証明書 () 通	<input type="checkbox"/> 英文成績証明書 () 通	<input type="checkbox"/> その他 (_____) ※必ず記載して下さい () 通
利用の目的				
提出先			* 証明書等年月日	
上記のとおり証明書交付をお願いします。				
平成 _____年 ____月 ____日				
京都府立医科大学長 様				
氏 名 _____ 印 _____				

京 都 府 立 医 科 大 学
* 印は記入しないで下さい。