

# 証明書交付願

新潟県立加茂病院長 様

下記により証明書を交付願います。

平成 年 月 日

氏名	
在学時氏名	
生年月日	昭和 年 月 日生
現住所	〒
連絡先電話番号	( ) ー
卒業年度	昭和・平成 年 月 卒業(第 期生)
使用目的	

種別	枚数	交付番号	交付年月日
卒業証明書			
成績証明書			
単位修得証明書			

【注1】新潟県立加茂病院附属看護専門学校は、平成18年3月31日で廃校となり、その事務は新潟県立加茂病院に引き継がれました。

【注2】ア 交付を希望する証明書の欄に希望枚数を記入すること。

イ その他の証明書については種別欄に書類の名称を記入し、希望枚数を記入すること。