

年 月 日

証 明 書 発 行 願

公益社団法人愛知県医師会 御中

下記により、愛知県医師会立名古屋助産師学院に関する証明書の発行をお願いします。

氏 名		旧 姓 <small>(変更がある場合のみ)</small>	
生 年 月 日	S・H 年 月 日	電 話 番 号 <small>(日中連絡可能な番号)</small>	
住 所 <small>(証明書送付先)</small>	〒		
卒 業 年 月	平成 年 月卒業	学 籍 番 号 <small>(分かる場合のみ)</small>	
証 明 書 名	成績証明書 通 卒業証明書 通 在学期間証明書 通 その他 () 通		
使 用 の 目 的			
提 出 先			

※個人情報証明書の発行にのみ使用いたします。

- 1 交付を希望する証明書に必要部数をご記入ください。
- 2 各証明書の発行にあたっては、発行手数料1部につき1,000円(税込)+返信用レターパック430円(税込)をご持参いただくか、下記口座へご入金ください。**(振込手数料は振込人負担)**

三菱UFJ銀行 名古屋営業部 普通口座 3692072 (社)愛知県医師会

- 3 証明書の発行は卒業時の氏名での発行となります。
- 4 申請時には下記必要書類を郵送、またはご持参ください。なお、ご持参いただく際には事前にご連絡をお願いします。

<必要書類>

- ・ 証明書発行願
- ・ 身分証 (運転免許証、保険証等) ※郵送の場合はコピーを送付ください
- ・ 戸籍抄本等 ※在学時から改姓・改名をしている場合のみ必要となります

— 事務局記入欄 —

証明書発行願と身分証明に相違がない

卒業生名簿と氏名・生年月日・卒業年月に相違がない

担当者	責任者