

課	長	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  
船橋中央病院 院長 様

学 科 名  
卒業年月日  
氏 名  
(旧姓)  
生年月日  
住 所  
日中の連絡先

学科  
卒業  
印

下記の証明書の交付をお願いいたします。

### 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  
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。