

証明書交付申請書（卒業生用）

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

東京山手メディカルセンター病院長 殿

ふりがな 氏名		ふりがな 旧姓	
生年月日	昭和・平成・ 年 月 日		
入学/卒業/ 回生 /学籍 番号	入学 昭和・平成・令和 年・	卒業 昭和・平成 令和 年	回生 学籍番号
現住所	〒		
電話番号			
申請理由	就職 ・ 進学 その他（ ）		
提出先			

申請内容	金額	通数	金額	
卒業証明書	500 円	通	円	
成績証明書	1,000 円	通	円	
単位取得（履修）証明書	1,000 円	通	円	
英	卒業証明書	3,000 円	通	円
文	成績証明書	3,000 円	通	円
	単位取得（履修）証明書	3,000 円	通	円
その他の証明書	1,000 円	通	円	
合計		通	円	

独立行政法人地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター