

## 証明書交付申請書 (福浦キャンパス用)

	申請日	年 月 日	
氏名	フリガナ  (旧姓 )	生年月日	西暦 年 月 日生
	英文の証明書が必要な方は、氏名の英語表記を記載してください。 英語表記( )		
現住所	〒 -		
電話番号	※日中連絡が取れる連絡先を記入してください (E-mail: )		
所属 <small>(学籍番号が不明な場合は空欄で結構です)</small>	【学部】 学籍番号:  学部 学科	学部 短大 高等看護 (卒業・入学)	年 月 入学 / 年 月 卒業・退学
	【大学院】 学籍番号:  研究科 専攻	大学院 (卒業・修了)	年 月 入学 / 年 月 修了・退学
	看護短期大学部卒業生 学籍番号:	高等看護学校卒業生 学籍番号:	※西暦で記載してください。

必要な証明書の種類、和文・英文の必要通数、手数料合計、厳封の有無等を記入してください。

種類	和文	英文	(備考)
	300円(1通)	300円(1通)	
感染症に関する証明書 (小児感染症)	通	通	(その他、特記事項がある場合記入してください)
証明書 (B型肝炎抗原抗体検査)	通	通	
証明書 (B肝及びTスポット検査)	通	通	
その他 [ ]	通	通	
合計	通数	通	
	料金	円	

- ・ 郵送で申請をされる場合は、手数料合計金額を定額小為替にて同封してください。
- ・ 提出された個人情報、証明書交付の目的のみで利用し、本学にて厳重に管理します。

### (大学使用欄)

手数料	¥	現金・小為替	交付方法	窓口・郵送
受付・担当	/ /	担当者	作成・担当	/ /
			担当者1	担当者2
交付/発送・担当	/ /	担当者1	担当者2	

本人確認書類	
免許証	<input type="checkbox"/>
パスポート	<input type="checkbox"/>
健康保険証	<input type="checkbox"/>
-----	
委任状	<input type="checkbox"/>
(代理人)	
免許証	<input type="checkbox"/>
パスポート	<input type="checkbox"/>
健康保険証	<input type="checkbox"/>