

(記入例)

証明番号	手数料
	700円× 通= 円 免除(規則第6条第1項に該当する者に限る)

何も記入しないでください。

証明願

令和〇〇年△△月□□日

山口県知事様

申請者

郵便番号 (〒789-0123)

住所 山口県山口市山口1丁目1番地1号

氏名 山口花子 (旧姓: 東京)

(昭和・平成45年1月23日生)

所属学科名 第一看護 学科

卒業年月日 昭和・平成12年3月 日卒業

連絡先電話番号 090-1234-5678

次の事項について、証明書を交付して下さるようお願いいたします。

日付が分からない場合は、月まで記入してください。

記

記入内容に不明な点がある場合に連絡する場合がありますので、必ず記入してください。

1 理由 就職先に提出するため。

簡潔に記入してください。

2 提出先 〇〇病院

3 必要とする証明書

(1) 卒業証明書

1 通

(2) 成績証明書

通

(3) 修学時間・修得単位証明書

1 通

(4) その他

1 通

1通につき700円の発行手数料がかかります。

(成績証明書発行不可通知)

必要とする書類が分かるよう記入してください。
不明な点があれば、医務保険課(083-933-2820)へお尋ねください。