

【書類①】

# 証 明 書 発 行 願

令和 年 月 日

白河医師会長 様

平成・令和 年度卒業生

氏 名

郵便番号

住 所

電 話

次のとおり証明書の発行をお願いいたします。

1 証明書の種類と必要枚数 (該当するところに○印をつけ、数を記入する)

	種 類	必要枚数	手数料 一通 500 円
	① 卒業証明書	( ) 通	
	② 成績証明書	( ) 通	
	③ 内申書	( ) 通	
	計	通	円

2 提出先

3 使用目的

4 発行期日

年 月 日