

(様式第22号)

# 証 明 書 発 行 願

年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構  
横浜中央病院 院長 殿

学籍番号: \_\_\_\_\_

卒業年度: \_\_\_\_\_ 回(期)生 ( \_\_\_\_\_ 年卒)

住 所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_ 印

(旧姓: \_\_\_\_\_)

生年月日:

昭和・平成・令和 年 月 日( 才)

	部 数	提 出 先	発 行 手 数 料
成績証明書(内申)			2,500円
※成績証明書発行不可証明書			1,000円
卒業証明書			2,000円
在籍証明書			2,000円
その他( )			
合計金額			円

※成績証明書の発行は卒業後5年以内となっており、5年以降の場合は成績証明書発行不可証明書となりますのでご了承ください。