

第17号様式 (卒業生用)

証 明 書 発 行 願

西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
高知病院附属看護学校長殿

フリガナ 氏 名 印

生年月日 西暦 年 月 日(歳)

卒業年度(期生)

現住所

電話番号

(日中連絡が可能な番号)

1. 使用目的

2. 提出先

(提出先毎に「願」を提出してください。提出先が同じ場合、封筒は1つになります。)

4. 必要書類

書類名	必要枚数	提出先様式の有無	備考欄
卒業証明書			
成績証明書			
その他			

※改姓されている場合は、氏名の後に(旧姓 ○○)と記載して下さい。

2020年1月27日～