

証 明 書 交 付 願

令和 年 月 日

独立行政法人
 国立病院機構東名古屋病院
 附属リハビリテーション学院長 殿

学科 期卒

氏 名： ⑩

生年月日： 昭和・平成 年 月 日

下記の証明書をご交付下さい。

記

証 明 書 の 種 類		摘 要
成績証明書	提出先	
	用途	
	枚数	
卒業証明書	提出先	
	用途	
	枚数	
() 証明書	提出先	
	用途	
	枚数	

※成績証明書は一部500円、卒業証明書は一部500円、英文卒業証明書・成績証明書は一部2,000円を添えて申請すること。