

公 印 審 査		
取扱責任者	文書主任	局所長印・一般
		通 箇所

決 裁			
課 長	課長代理	係 長	係 員

証 明 書 交 付 願

令和 年 月 日

大阪市健康局長 様

氏名

下記について、証明書の交付をお願いします。

記

卒業学校名 (いずれかチェック)	<input type="checkbox"/> 大阪市立助産師学院 <input type="checkbox"/> 大阪市立看護専門学校 <input type="checkbox"/> 大阪市立住吉看護専門学校 <input type="checkbox"/> 大阪市立桃山看護専門学校 (1 部 ・ 2 部)
卒業年月	昭和 ・ 平成 年 月 卒業 (期生)
フリガナ	
卒業時氏名	
氏名のスペル (英文証明書請求時)	
現住所	〒 ー
連絡先 (昼間に連絡可能なもの)	(自宅 ・ 携帯)
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生
証明事項 (提出先機関の指定用紙での証明を希望する場合はその他に記載)	卒業証明書 (和文・英文) 通 成績証明書 (和文・英文) 通 / 単位換算 (必要・不要) ※ その他 (下記に記載) 通 (証明書名:) ※平成8年以前に入学された方で、単位認定等で成績証明書を希望される方は単位記載の要不要を記入してください。
使用目的	
提出先 (複数あれば全て記入)	