

起案 供覧	年 月 日	決裁 供覧済	年 月 日	施行 完結	年 月 日
編さん類目			保存期間		
会長	事務長	係			

証明書交付願

年 月 日
一般社団法人新宮市医師会 会長 様

第 回生 年 卒業

氏名 印

住所(〒 -)

連絡先 TEL

生年月日 年 月 日

交付希望日 年 月 日

下記のとおり証明書の交付をお願いします。

証明書の種類	必要数
成績証明書	通
卒業証明書	通
	通
理由	
提出先	

※学籍簿の保管期間は、学校教育法施行規則第28条の2の規定により、20年となっております。
保管期間が過ぎ、成績証明書の発行が出来ない場合は、成績証明書発行不能証明書の発行に替えさせていただきますことでもありますので、ご了承願います。

※証明書類は卒業時の氏名での発行となります。

※手数料は1通につき1000円

本人確認書類

運転免許証・健康保険証・その他公的証明書（氏名、生年月日、住所の記載があるもの）の提示をしてください。

個人情報保護について

個人情報保護の観点から、証明書発行に際し、ご本人からの依頼であることの確認のため本人確認をさせていただきます。

提出いただいた証明書発行依頼書記載された個人情報は、証明書発行に関する業務以外に使用しません。