

交付日	受領

証 明 書 交 付 願

年 月 日

一般社団法人福岡県社会保険医療協会 理事長 あて

卒業生 年卒 回生

住 所

氏 名

電話番号
※日中連絡の取れる番号

メールアドレス @

次のとおり証明書を交付くださるようお願いいたします。

証明書の種類等	1 卒業証明書	通
	2 成績証明書	通
使用目的		
提出先		

- ※ 証明書交付手数料は、1通につき300円です。
- ※ 証明書交付手続きに関して、一般社団法人福岡県社会保険医療協会管理部より、記載してある連絡先に問い合わせする場合があります。