

健康診断証明書交付願

〔 該当箇所に○印をつけ必要
事項を記入してください。 〕

年 月 日

学 部 名	学 科 名	学年(又は卒業年月)	学 籍 番 号
薬学部	薬 学 科	第 学年 組 (年 月卒業)	
	大 学 院		
応用生命科学部	応用生命科学学科		
	生命産業創造学科		
	生命産業ビジネス学科		
	大 学 院		
医療技術学部	臨床検査学科		
看護学部	看護学科		
フリガナ 氏 名		西暦 年 月 日生	
使用目的 就職 ・ その他 ()			
提出先			

下記証明書の交付をお願いします。

健康診断証明書 枚

※受け取り希望場所
(□に✓をご記入ください。)

- ☐新津キャンパス事務室
- ☐新津駅東キャンパス事務室
- ☐西新潟中央病院キャンパス事務室

新潟薬科大学