様式第２０号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **健康診断証明書交付願**平成　　　年　　　月　　　日東京ベイカレッジ　　様　　　　　　学部（研究科）　　　　　学科（課程）学籍番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女生年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日生住　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　次により健康診断証明書の交付を申請します。記

|  |  |
| --- | --- |
| 使用目的 |  |
| 提出先 |  |
| 必要通数 | 通 |
| 交付希望日時 | 月　　　　日　　　時頃 |

 |

備考　１　交付を希望する日の２日前までに提出すること。

　　　２　交付希望時刻は、９時から１６時までの間とすること。