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。