

# 証明書交付願(卒業生用)

令和 年 月 日

(宛先) 熊本市医師会看護専門学校長

(申請者)

〒 住所

電話(携帯・自宅)

氏名( ) ふりがな( )

旧姓(在校時の姓が異なる場合)

生年月日(和暦) 年 月 日( 歳)

次のとおり、証明書を交付して下さるようお願いいたします。

記

※該当する項目に、印を付けて下さい。

課 程	<input type="checkbox"/> 第1看護学科 <input type="checkbox"/> 第2看護学科(旧看護科) <input type="checkbox"/> 准看護科
卒業等の年月	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月( <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学 ) 回生
必要な証明書	<input type="checkbox"/> 卒業証明書 通
	<input type="checkbox"/> 成績証明書 ※発行期限は卒後5年間 通
	<input type="checkbox"/> 調査書(成績証明書と内申書が記載されたもの) ※発行期限は卒後5年間 通
	<input type="checkbox"/> 単位修得証明書 ※発行期限は卒後5年間 通
	<input type="checkbox"/> 発行不可証明書 ※保存期間5年経過の為、発行不可の証明書 通
	<input type="checkbox"/> その他( ) 通

\* 証明書は本校所定のものであります。提出先指定のものであれば用紙を同封して下さい。

使用目的・提出先	<input type="checkbox"/> 就職のため 提出先( )
	<input type="checkbox"/> 受験のため 提出先( )
	<input type="checkbox"/> その他( ) 提出先( )

証明書の受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送(長3封筒に宛先を明記の上、返信用切手を貼って下さい。)
	<input type="checkbox"/> 窓口(希望日 月 日)*受け取られる方の印鑑を持参して下さい。

\* 学校記入欄

本人確認	卒業証書・運転免許証・健康保険証の写し・その他( )
------	----------------------------

証明書受領者サイン 又は郵送日		本人との続柄	
--------------------	--	--------	--

※文書作成料 1部200円

※文書作成には1週間要します