

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( 昭和 ・ 平成 ) 年 月 日( 歳)

次のとおり、証明書を交付して下さいをお願いします。

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                                                                                                                             | 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 )                   |

\* 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<br>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