

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 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)

本人確認提出書類	卒業証書・運転免許証・パスポート・マイナンバーカード(表面)等のコピー 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500円

※文書作成には1週間要します