

証 明 書 発 行 願

近森病院附属看護学校長 様

平成 年 月 日

フリガナ

氏 名 _____ ㊟

下記の証明書を発行していただきたいので、その願を提出いたします。

記

学籍番号					
Name (英文の場合のみ)					
* 生年月日	昭和・平成	年	月	日生	
* 卒業/退学 (○で囲む)	平成	年	月	卒業 ・ 退学	
* 使用目的 (○で囲む)	進学試験・就職試験・その他 ()				
* 提出先					
* 受領希望日	平成	年	月	日	
* 必要書類	書類名	手数料	必要部数		備考
			和文	英文	
	成績証明書	200 円			
	卒業証明書	200 円			
	在籍証明書	200 円			※退学者用
* 現住所	〒 _____				
* 連絡先電話番号	※平日 9:00~17:00 に連絡の取れる電話番号を記入してください。 () _____				

以上

- 【注意】
1. * 欄は必ず記入してください。
 2. 卒業後に改姓した場合は、旧姓を記入してください。証明書は在学時の氏名で発行します。
 3. 厳封が必要な場合は、「備考」欄にその旨を記入してください。
 4. 発行は、申し込み（郵送の場合は到着日）から概ね3日後（休業日を除く）です。ただし、英文による証明書の場合は2週間程度要します。

※事務使用欄

手数料 徴収	本人確認書類	受付印	発行印	承認印
(/)	・ 運転免許証 (写し) ※改姓の場合 ・ パスポート (写し) ・ 戸籍抄本または ・ 他() 戸籍謄本 (/)	(/)	(/)	(/)