

卒業生用 証明書交付申請書

20 年 月 日

公益社団法人 地域医療振興協会
さいたま看護専門学校
学校長 櫻林 郁之介 様

申請者氏名 ㊟

※被証明者との続柄 (本人 ・代理人)
代理人の場合は要領6を参照

下記の証明書の交付を申請します。

証明の必要な本人確認	ふりがな氏名		ふりがな旧姓		
	生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳	
	学籍番号		回生	回生	
	入学年	20 年 月	卒業年	20 年 月	
	郵便番号	〒			
	住所				
	電話番号		携帯番号		
必要理由	<input type="checkbox"/> 就職 ・ <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他 ()				
提出先	①				
	②				
	③				
	④				
証明の必要な本人の確認資料(写)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 (写) <input type="checkbox"/> 各種健康保険証 (写) <input type="checkbox"/> その他 ()				
申請書	必要通数	提出先番号 <small>(上記番号①～④)</small>	備考	* 発行番号	
<input type="checkbox"/> 成績証明書 500円	通			第 号	
<input type="checkbox"/> 卒業証明書 500円	通			第 号	
<input type="checkbox"/> 単位修得証明書 500円	通			第 号	
<input type="checkbox"/> その他 500円 ()	通			第 号	
				第 号	
合計	通				

発行希望期日	20 年 月 日
希望受け取り方法	<input type="checkbox"/> 学校の窓口 (20 年 月 日に来校予定)
	<input type="checkbox"/> 郵送

* 発行番号及び以下は学校処理欄ですので記入の必要はありません。

学校長	副学校長	教務主任	事務部長	担当者