

証明書交付願

年 月 日

神奈川県立衛生看護専門学校長様

	学科	年・第	回生(年	月卒業等)
フリガナ 氏名	旧姓()				
生年月日	昭和・平成		年	月	日生
電話番号	()				
※日中、連絡ができる番号					

下記の理由により、証明書を交付願います。

1. 目的 就職・進学・その他()
2. 必要な証明 ※提出先ごとに、必要証明に○を記入してください。(同じ行に複数の○は1つの封筒に封入)
提出先が同じでも、封筒を別にする必要がある場合は、次の行に記入してください。

提出先	卒業 証明書	成績 証明書	在学 証明書	卒業見込 証明書	学生証	高等技能訓練 推進費関係 (出席状況証明)	その他
合計枚数	枚	枚	枚	枚	枚	枚	枚

(※ 必要な証明の箇所に○を記入し、合計欄にも合計数を記入)

3. 上記証明書を受領しました。(窓口受け取りの場合)

年 月 日 氏名 (印)

※卒業生は、証明書1通につき400円 卒業生発行枚数 枚 円

領収	公印	発送
年 月 日	年 月 日	年 月 日