

見本

証明書交付申請書(卒業生用)

次のとおり証明書の交付を申請します。

申請日		(西暦) 2019年 7月 17日			
在学時の氏名	フリガナ オオタハナコ 太田 花子	生年月日	(西暦) 2000年 6月 7日 生		
	卒業後氏名が変わった方は現在の氏名を()に記載してください。 (桔梗 花子) * 証明書の発行は卒業時の氏名での発行になります。				
住所	〒 963 - 8023	電話番号	(昼間の連絡先) 024 - 925 - 6688		
	福島県郡山市緑町26-14				
学籍番号	不明な場合は空欄で結構です 1234	回生	1部 41 回生 2部	卒業年月	(西暦) 2019年 3月
使用目的	就職試験のため		提出先	太田総合病院	
厳封	個別 <input checked="" type="radio"/> 一括 <input type="radio"/> その他 () 特に依頼が無い限り卒業証明書と成績証明書は同一封筒に入れて厳封します。				

*使用目的・提出先が記入されていない場合は証明書の発行ができません。

種類	必要通数	合計(1通につき500円)	
卒業証明書	1 通	総申請通数 (2)通	証明書発行手数料合計 (1,000)円
成績証明書	1 通		
その他 ()	通		

*太線枠内に必要事項を記入してください。

*指定の用紙がある場合は申請時に一緒に提出して下さい。

*証明書発行手数料合計金額を本校指定の銀行口座へお振込ください。または、郵便小為替を同封してください(受取人欄は記入しないこと)。

【看護学校記載欄】

受付日 / /	本人照合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	内容照合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	封入確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		作成者	確認者
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

手数料
円
確認者
<input type="checkbox"/>

発行・発送日
/ /
<input type="checkbox"/>