

証 明 書 交 付 願

令和 年 月 日

(あて先) 岡崎市立看護専門学校長

第 学年 学生番号

住 所

氏 名 ⑩

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)

下記のとおり証明書を交付してくださるようお願いいたします。

記

①	必要な証明書	<input type="checkbox"/> 在学証明書	通
		<input type="checkbox"/> 卒業見込証明書	通
		<input type="checkbox"/> 成績証明書	通
		<input type="checkbox"/> 卒業証明書	通
		<input type="checkbox"/> その他の証明書 ()	通
②	使用目的	<input type="checkbox"/> 就職のため <input type="checkbox"/> 受験のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
③	提出先		

※在校生以外の方は次の欄も記入してください。

④	卒業等の年・月	昭和・平成・令和 年 月 卒業・退学
⑤	旧 姓	(在校時の姓が現在と異なる場合)
⑥	連絡先電話番号	() -
⑦	証明書 の 受取方法	<input type="checkbox"/> 郵 送・・・返信用封筒(切手貼付)が必要です。 <input type="checkbox"/> 来 校 (月 日)・・・印鑑を持参して下さい。

注：□のところは該当するものにレ印を付けてください。