

既卒者証明書交付願

◎平成 年 月 日

済生会川口看護専門学校長 殿

第 期生 学生番号 ()

卒業年度 昭和・平成 年度

◎ 氏名 印 (旧姓)

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

現住所 〒

日中連絡先 ()

下記の証明書の交付をしてくださるようお願いいたします。

記

1. 交付希望の内容

◎

証明書の種類	発行数	理由及び提出先
卒業証明書	通	
単位修得証明書	通	
成績証明書 (1~20期のみ)	通	
その他	通	

2. 交付希望年月日 ◎平成 年 月 日

※証明書は1通 500円かかります。 ◎を記入のこと

《学校使用欄》

* 平成 年 月 日 発行

係印

* 発行手数料 ¥ /

* 本人確認方法 確認者 (/)

運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他 ()

* 引渡し 本人 ・ 代理人(要委任状) ・ 郵送