

証明書発行願

岩手看護専門学校長 様

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日生
氏名	(旧姓)	卒業年	本科・別科・専修 (いずれかを囲む) 昭・平・令 年 3月卒業
現住所	〒		
電話番号	— — ※問い合わせをする場合がありますので 日中連絡がとれる電話番号を記入願います	E-mail	
使用目的		提出先	
近況をお知らせください(現在勤務されている方は勤務先名も記入)			

《証明書種類》 をチェックのこと

<input type="checkbox"/> 卒業証明書	通	<input type="checkbox"/> 成績証明書	通
証明書の名称			
<input type="checkbox"/> その他の証明書			通

※所定の様式がある場合は添付してください。

《証明書の受領方法》 をチェックのこと

<input type="checkbox"/> 直接学校の窓口で受け取る	(来校前に発行済みか、ご確認願います)
<input type="checkbox"/> 郵送(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 速達) 返信用封筒(角型2号)に所要の切手を貼付し本校へ提出願います	

※以下は学校処理欄ですので、記入の必要はありません。

校 長	副 校 長	教務主任	事務長	担当者	料金確認欄	身分証明確認欄