

証 明 書 交 付 願

年 月 日

地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院
旭中央病院附属看護専門学校長 様

発行希望日	年 月 日	郵 送 : (普通郵便・速達) 来 校 : 来校日 年 月 日	
卒業年月	年 月 (第 回生)	生年月日	年 月 日
(ふりがな) 氏 名 【卒業時】		英語表記の 氏名 (英文証 明書のみ)	
住 所	〒		
電 話 番 号 (平日の日中に連絡可能な連絡先)			
証明書の種類	提出先	使用目的	必要数
成績証明書		就職・進学・その他 ()	通
卒業証明書		就職・進学・その他 ()	通
その他 (名称を記載)		就職・進学・その他 ()	通
その他 (名称を記載)		就職・進学・その他 ()	通

※証明書交付手数料は、1通につき400円。

※証明書は卒業時の氏名で発行します。

(学校使用欄)

受付日	年 月 日
作成日	年 月 日
受渡または発送日	年 月 日