

証明書交付願

★ 手数料は1通につき500円です。(外国語表記の場合は2,000円です。)

太枠の中について記載してください。

横浜市医師会聖灯看護専門学校

申請日	平成 年 月 日		
申請者	学籍番号	学年 年生(回生)	
	氏名	(男・女) (旧姓)	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	住所	〒 自宅電話 () 携帯電話 ()	
	卒業年度 <small>(わかる範囲内で記入) (卒業生のみ記載)</small>	【本校】 第一看護学科 (回生) ・ 第二看護学科 (回生) 【菊名校】 看護学科2年課程(回生) ・ 看護学科3年課程(回生) 准看護学科 (回生) 【保土谷校】 第一看護学科 (期生) ・ 第二看護学科 (期生) ・昭和・平成 年度卒 ・卒業年月日: 昭和・平成 年 月 日 卒業証書番号: No	
必要とする証明書の種類 及び通数 <small>(番号に○を囲んでください。)</small>	1 在学証明書 通 2 学生証(再発行) 通 3 成績証明書 通 4 単位修得証明書 通 5 出席状況に関する証明書 通 6 卒業証明書 通 7 卒業見込証明書 通 8 人物に関する推薦書 通 9 健康診断書に関する原本証明書 通 10 その他の証明書 [_____ 通 _____ 通] * 証明書は提出先ごとに封筒に入れますので上の番号をご記入ください。 封筒① _____ ・ _____ 封筒③ _____ ・ _____ 封筒② _____ ・ _____		
証明書の使用目的 <small>(□の中にレ点)</small>	<input type="checkbox"/> 就職または就職活動 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 奨学金受給 <input type="checkbox"/> 税金 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園 <input type="checkbox"/> 母子及び寡婦福祉法等法令に基づく助成金・貸付金受給 <input type="checkbox"/> その他(具体的に _____)		
証明書の提出先 <small>(病院・学校・官公署等の名称、 電話番号を記載)</small>	(名称) _____ (電話) () _____ (名称) _____ (電話) () _____ (名称) _____ (電話) () _____		
学校 使用欄	教務確認欄		
	事務室記入欄	@ 500円× 通= _____ 円	
		@ 2,000円× 通= _____ 円	