

証 明 書 交 付 申 請 書 (※ 成績証明書を除く証明書)

年 月 日

いわき市医療センター看護専門学校長 様

- 注意 1 太枠の中だけ記入してください。
2 □のある欄は、該当する箇所にレ印を付けてください。

申請者	学 年	年	学籍番号	
	氏 名	①		
	住 所			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成		
種 別	通 数	使用目的	提出先	
在 学 証 明 書	通			
卒 業 見 込 証 明 書	通			
卒 業 証 明 書	通			
そ の 他 ()	通			
特 記 事 項				

記入例

証 明 書 交 付 申 請 書 (※ 成績証明書を除く証明書)

年 月 日

いわき市医療センター看護専門学校長 様

- 注意 1 太枠の中だけ記入してください。
 2 □のある欄は、該当する箇所にレ印を付けてください。

申請者	学 年	○期生○ 年○月卒 年 業	学籍番号	○○○○○○○ ※わかれば記入してください。
	氏 名	磐城 共子 (旧姓 佐藤)		⑩ ※姓がかわっている場合は、旧姓も記入してください。
	住 所	〒973-8402 福島県いわき市内郷御厩町三丁目91番地の1		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ○年 ○月 ○日 <input type="checkbox"/> 平成		
種 別	通 数	使用目的	提出先	
在 学 証 明 書	通			
卒 業 見 込 証 明 書	通			
卒 業 証 明 書	1 ※必要枚数を記入してください。 通	就職試験のため	○○病院	
そ の 他 ()	通			
特 記 事 項	TEL ○○○-○○○-○○○○ ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。			