

証明書発行願(卒業生)

申請日 年 月 日

申請者	ふりがな 氏名		学科 卒業番号 (または期生)	1科 ・ 2科 ・ 看護学科		
	生年月日	昭 ・ 平 年 月 日	入学 卒業年	期・回生	卒業番号	
	住所	〒 -				
	日中の 連絡先	()	メール アドレス	メールでの連絡希望の方はご記載ください		

証明書種類(○を付けてください)		枚数	単価	金額
1	卒業証明書 本校様式 ・ 指定様式		300	
2	成績証明書 本校様式 ・ 指定様式		300	
3	その他 提出先書式等名称		(注) 特別な証明についてはこの限りではない (注) 英文証明書発行料金は1枚につき1000円となる	
申請の目的		転職 ・ 就職 ・ 進学 ・ その他		
提出先 (差し支えなければ)				
受取方法 右からお選びください ()		① 来校、窓口にて受取 (月 日) 受取希望 ② 郵送希望 レターパックライトを使用します (月 日) 受取希望 (郵送料430円はご本人負担とさせていただきます) 郵送先(申請者住所と異なる場合のみ記入ください) 〒 -		
料金の支払方法 ()		下のいずれかからお選びください ① 現金支払 窓口お渡し時、本校で直接お支払いください(領収書を発行いたします) ② 銀行振込 口座については書類送付時、請求書にてご案内いたします		

ホームページの申請手順を確認の上お申し込みください。

申請は上記に記載の上お申し込みください

発行には1週間程度時間を要しますので余裕を持って申請してください。

上記記載内容で確認の必要がありましたらご連絡いたします。メール対応も可能ですのでご記載ください。

発行者/連絡先

勤医協札幌看護専門学校
〒007-0871 札幌市東区伏古11条1丁目1-15
TEL : 011-783-8557
FAX : 011-784-5460
E-Mail : kinkan@kin-ikyo.or.jp

事務処理欄

入金日 ・ 請求日	金額	領収印
請求	請求	
入金	入金方法	