

申請日 平成 年 月 日

福島県厚生農業協同組合連合会
白河厚生総合病院附属高等看護学院 学院長 様

証明書交付申請書（卒業生用）

みだしについて下記のとおり申請します。

在学時の 氏名	フリガナ (現在の氏名) *証明書は卒業時の氏名での発行になります。
回生 生年月日	第 回生 昭和・平成 年 月 日 生
入学年月日	昭和・平成 年 月 日 入学
卒業年月日	昭和・平成 年 月 日 卒業
使用目的	進学 ・ 就職 ・ その他 ()
提出先	

*使用目的および提出先が記入されていない場合は証明書の発行ができません。

種類	必要通数	合計 (1通 1,000円)
卒業証明書	通	総申請通数 () 通 手数料合計 () 円
成績証明書	通	
その他 ()	通	

*指定の用紙がある場合は申請時に一緒に提出してください。

【学校記載】

受付年月日	平成 年 月 日	作成者	印
本人照合	<input type="checkbox"/>	確認者	印
内容照合	<input type="checkbox"/>		

手数料 _____ 円

発行・発送日 平成 年 月 日 印