

# 卒業生 証明書交付願

副校長	事務室長	供覧印	係

埼玉医科大学附属総合医療センター看護専門学校 校長 殿

下記により証明書を交付願います。

太枠内は必ず記入して下さい。

申込日	令和 年 月 日				
学籍番号		回生		回生	
ふりがな					
氏名	(旧姓 )				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)				
卒業生	2年課程 卒業日： 昭和・平成 年 月 日				
	3年課程 卒業日： 昭和・平成・令和 年 月 日				
発行No.	◇ 証明書名(7日間)	請求部数	発行No.	☆ 証明書名(7~10日間)	請求部数
	成績証明書	部		修業証明書	部
	卒業証明書	部		その他( )	部
		部		その他( )	部
提出先					
提出の理由				証明書受取希望日	/
郵送先 (希望者のみ記入)	Tel(携帯可) — —				
	〒 — 住所				

※複数証明書請求の場合は提出先を全て(別紙添付も可)記入してください。

- ① 証明書代金 1部 300円(現金でのみ取扱い。お釣のないようにお願いします)
- ② 交付について 『◇印』『本校所定の様式の証明書』は請求日から交付までに『7日間』かかります。  
『☆印』『本校所定の様式以外の証明書』は  
請求日から交付までに『7日から10日間』かかります。

受取について  
 郵送ご希望の場合は送料をいただきます。レターパックプラスを使用しますので、全国一律520円です。  
 速達扱いの配達となるので、全ての日に配達します。(土・日曜日、祝祭日含)  
 受取時は受取人の印鑑及びサインが必要となります。(直接手渡しとなります。)

◇証明書受取りの際は下記にご記入ください。

受領日	令和 年 月 日	氏名	
-----	----------	----	--

事務処理欄	本人確認			
	<input type="checkbox"/> 看護師免許 <input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他( )	
	受領日・受領者名	証明書受領代金	書類作成日	郵送日
/	円	/	/	