

証明書発行申請書（卒業生用）



ふりがな
氏名： _____ (卒業時氏名 _____)

第 _____ 回生 卒業年月： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先： 現住所 〒 _____

電話番号： 自宅・携帯 _____ (日中連絡のとれる番号)

※該当する項目にチェックしてください。

申請内容	必要通数	金額
<input type="checkbox"/> 1. 卒業証明書 (1通 1,000円)	通	円
<input type="checkbox"/> 2. 成績証明書 (1通 1,000円)	通	円
<input type="checkbox"/> 3. その他 (1通 1,000円)	通	円
合計	通	円
【申請理由・提出先】		
<input type="checkbox"/> 1. 就職 (就職先名： _____)		
<input type="checkbox"/> 2. 進学 (進学先名： _____)		
<input type="checkbox"/> 3. その他 (申請理由を具体的に： _____ (提出先名 _____))		
申込日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
発行希望日又は郵便物到着希望日	西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
受取り方法	<input type="checkbox"/> 学校窓口にて受取り (_____ 月 _____ 日) 来校 <input type="checkbox"/> 郵送希望	

【ご注意事項】

※証明書の発行には1週間程度かかります。

※証明書は1通につき1,000円必要になります。(但し、英文の証明書は1通3,000円)

※大学等に進学する場合、学校指定の証明書発行の際にも、手数料1,000円必要です。

○学校窓口又は郵送で申請される場合・・・申請料の支払いは事前に下記指定口座にお振込みください。

○振込先 銀行名 足利銀行 (金融機関コード 0129) 店名 本店営業部 (店番 100)

普通預金口座 口座番号 4144346

口座名 ドク コクリツビョウインキコウトチギリョウセンター

お振込み手数料は各自、ご負担願います。

※お振込みの際の明細のコピーを申請書に同封してください。

○郵送での受取り希望の場合は送付用のレターパックライト(370円)を同封願います。

独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター附属看護学校