

# 証明書発行申請書（卒業生用）

第 \_\_\_\_\_ 回生 卒業年月： 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

ふりがな  
氏名： \_\_\_\_\_ (旧姓： \_\_\_\_\_)

生年月日： 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

郵便番号： 〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

連絡先・電話番号： 自宅・携帯 \_\_\_\_\_

※該当する項目の□をチェック（☑）し、該当項目を記入してください。

| 申請内容  | 必要通数  | 金額 |
|---|---|----|
| <input type="checkbox"/> 1. 卒業証明書〔1通1000円〕  | 通   | 円  |
| <input type="checkbox"/> 2. 成績証明書〔1通1000円〕  | 通   | 円  |
| <input type="checkbox"/> 3. その他〔1通1000円〕<br>内容（ _____ ）   | 通   | 円  |
| 合 計   | 通   | 円  |
| 必要理由・提出先<br><input type="checkbox"/> 1. 就職（就職先： _____ ）<br><input type="checkbox"/> 2. 進学（進学先： _____ ）<br><input type="checkbox"/> 3. その他（必要理由を具体的に記入： _____ ）（提出先： _____ ） |   |    |
| 申込日   | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日  |    |
| 発行希望期日  | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日  |    |
| 希望受取方法  | <input type="checkbox"/> 1. 学校窓口（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日に来校予定）<br><input type="checkbox"/> 2. 郵送 |    |

注：※証明書の発行には1週間程度かかります。

※証明書は一通につき1000円必要になります。（但し、英文の証明書は3000円）

①学校窓口で申請される場合は、お申し込みの際に、直接現金でお支払いください。  
（釣銭のないようご準備ください。）

②郵送で申請される場合は、必要額の“郵便小為替”を郵便局の窓口で購入し、証明書発行申請書とともに同封してください。

※郵送での受け取り希望の場合は、証明書を郵送するための“返信用封筒”を同封してください。返信用封筒は、封筒（サイズ：長形3号〔120mm×235mm〕A4判三折用）に住所・氏名を記入し、切手（証明書1通の場合82円切手、2通の場合92円切手）を貼ったものをご準備ください。

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