

卒業生用

証明書交付申請書

令和 年 月 日

大垣市医師会准看護学校長 様

※該当するものに○をつける

ふりがな
申請者氏名

- ・本人（旧姓の場合、
在籍時の氏名： ）
・代理人（証明対象者との関係： ）

代理人の場合、
証明対象者の氏名（在籍時の氏名）

昭和
平成 年 月 日生（ 歳）

住所 〒

携帯番号

卒業年次（ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年3月卒 ） 回生

申請証明書

種 類	申込通数	提出先
成績証明書		
卒業証明書		
その他証明書 ()		

使用目的（○印をつける）

1.試験 2.就職 3.その他（ ）

本人の確認資料（写）

運転免許証 学生証 社員証 その他（ ）

※以下の欄には記入しないでください。

校長	副校長	庶務担当	事務長	教務主任	教職員

交付日 令和 年 月 日
交付番号 第 号
第 号
第 号

(注 意)

- 1 証明を受ける方が卒業生本人であることを確認できる資料(写)を添付してください。
- 2 代理人の申請の場合、本人からの委任状が必要です。また、代理人本人であることを確認できる資料(写)を添付してください。
- 3 成績証明書は1通1,000円、卒業証明書等ほか証明書は各1通500円です。郵送による申請を希望する場合は、料金を現金書留、または郵便局で料金分の定額小為替証書を購入して、申請書類とともに郵送してください。
- 4 発行に要する期間は申請書を受理してから、1週間以内に交付(発送)いたします。来校による申請・受取を希望されても、すぐその日に交付することはできません。申請書を受け取ってから証明書を発行するまでに要する期間が概ね1週間程度であることを考慮してください。また、来校による申請・受取は、開校日の午前9時から午後5時までとします。
- 5 郵送による受取を希望する場合は、94円切手を貼った長形3号サイズの返信用封筒(自身の宛名を記入したもの)を添付してください。なお、提出先1か所につき通数3通までとなります。また、速達希望の場合は、94円+速達分290円の切手を、簡易書留希望の場合は、94円+簡易書留分320円の切手を、特定記録希望の場合は、94円+特定記録分160円の切手を追加でお願いします。
- 6 申請書送付先・問い合わせ先
〒503-0856 大垣市新田町1-8
大垣市医師会准看護学校
TEL 0584-89-5802
FAX 0584-89-5405