様式１

**証 明 書 発 行 願**

令和　　年　　月　　日

大垣市医師会准看護学校長　様

　　　　　学籍番号　　　　－

　　　年　　　　組

氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

昭和

平成　　　年　　　月　　　日生（　　　歳）

　　　下記のとおり証明書の発行をお願いいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類 | 部数 | 理　由 |
| 在学証明書 |  |  |
| 成績証明書及び  内申書 |  |  |
| 卒業見込証明書 |  |  |
| 卒業証明書 |  |  |
| その他証明書  （　　　　　　） |  |  |
| 納入済学費証明書 |  | 支給期間  　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日  申請期間  　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |