**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

　　　　　　　　　　　　　　・本　人（：　　　　　　　　 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・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者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