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 |  |  |
| 卒業見込証明書 |  |  |
| 卒業証明書 |  |  |
| その他証明書  (　　　　　　　　) |  |  |
| 教育訓練支援  給付金受講証明書 |  | （※2カ月ごとに申請）  支給期間　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日  申請期間　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 教育訓練給付  受講証明書 |  | （※6カ月ごとに申請）  支給期間　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日  申請期間　　　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| 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 |