

尾道市医師会看護専門学校長 様

依頼日 平成 年 月 日

証明書申し込み依頼書

項目		内 容			備 考
申 請 者	氏 名	昭和 年 月 日生 (歳) 平成 ⑩ (旧姓:)			旧姓は卒業時の姓を記入してください。
	卒業年月日	昭和 年 月 日 平成			
	住 所	〒 (電話番号)			
	使用目的	就職 受験 免許申請 その他 ()			
	提 出 先				
	受取期限日	平成 年 月 日			
証 明 書 名	部数	手数料	発行番号	備 考	
卒業証明書	部	300 円/部	※ 号	【郵送による依頼の場合】 (1) 証明書申し込み依頼書 (2) 手数料分の郵便為替 (3) 宛名を明記し、切手 8 2 円を貼付した返信用封筒。 (サイズ 縦 23.5 cm 横 12 cm) *至急のときは速達料 362 円分の切手が必要です。	
成績証明書	部	500 円/部	※ 号		
単位修得証明書	部	500 円/部	※ 号		
調 査 書	部	500 円/部	※ 号		
そ の 他	部		※ 号		
※<交 付> 平成 年 月 日			※<手数料> 円	※<手数料受領日> 平成 年 月 日	

※ 印欄は記入しないでください。