

証明書申込書

申込日： 令和 年 月 日

※該当の □ にシ印をつけてください。

ふりがな			
氏名	旧姓 ()		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	() 歳
在学生	<input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 准看護学科	第 回生	学年 組
卒業生	<input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 准看護学科	第 回生	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年3月卒業	
現住所 <small>※在学証明書のみは記入不要</small>	〒 — () 電話番号 (携帯電話等連絡のつくもの) ()		

① 証明書発行

使用目的	<input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> その他:詳細を記入 ()	
提出先		
証明書種類	通数	
<input type="checkbox"/> 在学証明書	通	
<input type="checkbox"/> 卒業見込証明書	通	
<input type="checkbox"/> 成績証明書	通	
<input type="checkbox"/> 卒業証明書	通	
<input type="checkbox"/> 調査書	通	
(その他:必要書類名を記入)	通	
<input type="checkbox"/>	通	
<input type="checkbox"/>	通	

② 証明書発行……①の提出先と異なる場合

使用目的	<input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> その他:詳細を記入 ()	
提出先		
証明書種類	通数	
<input type="checkbox"/> 在学証明書	通	
<input type="checkbox"/> 卒業見込証明書	通	
<input type="checkbox"/> 成績証明書	通	
<input type="checkbox"/> 卒業証明書	通	
<input type="checkbox"/> 調査書	通	
(その他:必要書類名を記入)	通	
<input type="checkbox"/>	通	
<input type="checkbox"/>	通	

③ 学生証再発行

再発行は1通を指定	通	再発行理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 改姓 <input type="checkbox"/> ()
-----------	---	-------	---

発行手数料	1通 300円	※郵送での申し込みは郵便小為替となります
受取方法	<input type="checkbox"/> 来校 <input type="checkbox"/> 郵送 (返信用封筒 有・無) ※送料は実費ご負担願います	
受取希望日・その他	年 月 日	

※証明書発行にかかる日数 在学・卒業証明書・・・申込み当日発行 (13時30分迄に申込みされた場合)
 上記以外の証明書・・・約1週間

……学院記入欄……

	手数料		円
内訳	300円 ×	通	円
	郵送料		円

事務長	教務長	教務主任	発行者	受付

水戸市医師会看護専門学院 〒311-4153 水戸市河和田町107-2
 【庶務】 ☎ 029-251-3840 FAX 029-251-3042