

証明書申込書

申込日： 令和 年 月 日

※該当の □に し印をつけてください。

ふりがな					
氏 名	旧姓 ()				
生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	() 歳
在学生	☐ 看護学科 ☐ 准看護学科	第	回生	学年	組
卒業生	☐ 看護学科 ☐ 准看護学科	第	回生		
	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	3月卒業		
現住所 ※在学証明書のみは記入不要	〒 ー ー 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	☐ 進学 ☐ 就職 ☐ その他:詳細を記入 ()	
提出先		
証明書種類	通数	
☐ 在学証明書	通	
☐ 卒業見込証明書	通	
☐ 成績証明書	通	
☐ 卒業証明書	通	
☐ 調査書	通	
☐ 出席日数証明書	通	
(その他:必要書類名を記入) ☐	通	
(その他:必要書類名を記入) ☐	通	

② 証明書発行……①の提出先と異なる場合

使用目的	☐ 進学 ☐ 就職 ☐ その他:詳細を記入 ()	
提出先		
証明書種類	通数	
☐ 在学証明書	通	
☐ 卒業見込証明書	通	
☐ 成績証明書	通	
☐ 卒業証明書	通	
☐ 調査書	通	
☐ 出席日数証明書	通	
(その他:必要書類名を記入) ☐	通	
(その他:必要書類名を記入) ☐	通	

③ 学生証再発行

再発行は1通を指定	通	再発行理由	☐ 紛失 ☐ 改姓 ☐ ()
-----------	---	-------	--

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	☐ 来校 ☐ 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	副学院長	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