　　　　　　　　　 　証明書発行申請書（卒業生用）

ふりがな

氏　　名　　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（卒業時氏名　　　　　　　　　　　　　　）

第　　　　　　　　回生　　　　　卒業年月　：　西暦　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月

　　　　 生年月日　：　　西暦　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日

　　　　 連絡先　：　　現住所　　〒

　　　 　 電話番号　：　　自宅　・　携帯　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（日中連絡のとれる番号）

※該当する項目にチェックしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　請　内　容 | | 必要通数 | 金 額 |
| * １．卒業証明書　（1通　1,000円） | | 通 | 円 |
| * ２．成績証明書　（1通　1,000円） | | 通 | 円 |
| * ３．その他　　　 （1通　1,000円） | | 通 | 円 |
| 合　　　　　計 | | 通 | 円 |
| 【申請理由・提出先】   * 1. 就職　（就職先名　：　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） * 2. 進学 （進学先名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　 　　　） * 3.　その他 （申請理由を具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）   　　　　　　 　（提出先名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　） | | | |
| 申 込 日 | 西暦　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 発行希望日又は郵便物到着希望日 | 西暦　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 受取り方法 | □　学校窓口にて受取り（　　　　月　　　日）来校  □　郵送希望 | | |

【ご注意事項】

　※証明書の発行には1週間程度かかります。

　　　 　※証明書は1通につき1,000円必要になります。（但し、英文の証明書は1通3,000円）

　　　　 　※大学等に進学する場合、学校指定の証明書発行の際にも、手数料1,000円必要です。

　　　　　　　　○学校窓口又は郵送で申請される場合・・・申請料の支払いは事前に下記指定口座にお振込みください。

　　　　　　　　○振込先　銀行名　足利銀行（金融機関コード　0129）店名　本店営業部（店番　100）

　　　　　　　　　　　　　　　普通預金口座　　口座番号　４１４４３４６

　　　　　　　　　　　　　　　口座名　ドク）コクリツビョウインキコウトチギイリョウセンター

　　　　　　　　　　　　　　　お振込み手数料は各自、ご負担願います。

※お振込みの際の明細のコピーを申請書に同封してください。

　　　　　　　　○郵送での受取り希望の場合は送付用のレターパックライト(370円)を同封願います。

独立行政法人国立病院機構　栃木医療センター附属看護学校