

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の学校指定の証明書等発行の際にも、手数料1,000円頂いております。

※放送大学への編入の際は、学校指定の単位履修証明書が必要となりますので、申請書と一緒に送ってください。

①学校窓口で申請される場合は、受付時に現金でお支払いください。(釣銭の無いようご準備ください)

②郵送で申請される場合は、下記口座に事前に代金をお振込みください。振込控えのコピー1部を申請書に同封してください。 振込口座 ★★ 足利銀行 本店営業部 普通預金 口座番号 4144346
受取人名 ドク) コクリツビョウインキコウトチギリョウセンター ★★

③郵送での受取り希望の場合は、返送用のレターパックライト(封筒に入るように折る)又は370円切手を同封してください。レターパックにて返送いたします。

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