

NO. \_\_\_\_\_

## 証 明 書 交 付 願

年 月 日届出

福岡医療専門学校 御中

学年学科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 年 卒業・退学 \_\_\_\_\_

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※記名押印または自署

下記証明書の交付を御願い致します

氏 名	(在籍時の氏名を記入のこと)		
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳)	
連絡先	自宅 ( _____ ) - _____	携帯 ( _____ ) - _____	
現住所	〒 _____ - _____		
所 属	_____ 年 _____ 月 入学		
	_____ 年 _____ 月 卒業・退学		
提出先			
理 由			
証明書種類	卒業証明書	_____	通
	成績証明書(単位修得証明書)	_____	通
	在籍証明書	_____	通
	その他( _____ )	_____	通

## 事務処理欄

作成日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	作成者	_____
発行証明書	卒業証明書 (1000円) 在籍証明書 (1000円)	成績証明書 (1000円) その他 (1000円以上)	領収印
発行日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	直接・郵送 ( _____ 円)	
備 考			