

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 \_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

下記証明書の交付を御願い致します

氏 名				
生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳)		
本 籍	都 道 府 県 _____			
現住所	〒 _____			
所 属	_____ 年 _____ 月 入学			
	_____ 年 _____ 月 卒業・卒業見込み (卒業年次以外の在校生は記入不要)			
提出先				
理 由	ア. 健康保険証作成・切替え イ. 国民年金免除申請 ウ. 住所変更 エ. 確定申告 オ. 勤労学生控除 カ. 学割 キ. その他 ( _____ )			
証明書種類	卒業証明書	通	卒業見込証明書	通
	成績証明書	通	(直近成績 試験 位/ 人中)	
	身分証明書 (再発行)		在学証明書	通
	その他		勤労学生控除の証明書	通

## 事務処理欄

作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	作成者 _____
発行証明書 在学証明書 (800円) 卒業見込証明書 (800円) 成績証明書 (1000円) 卒業証明書 (1000円) 身分証明書 (1000円) 勤労学生控除の証明書 (無料) 教育訓練給付金書類等(無料) 就職推薦書(無料) その他 (1000円以上)	領収印
発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	直接・郵送 ( _____ 円)
備 考	