

学校提出用・本人控 両方の太枠内を記入してください。

卒業生用証明書発行依頼書（学校提出用）

依頼日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名		旧姓	
生年月日	昭和 平成 年 月 日	卒業年	昭和 平成 令和 年 月 日
回生		学籍番号	
携帯電話	()	自宅電話	()
住所	〒 -		

提出先

--

使用目的（○を付ける）

<input type="checkbox"/>	就職
<input type="checkbox"/>	進学
<input type="checkbox"/>	その他()

※身分を証明できる証明書のコピー（免許書等）を忘れずに同封してください。


証明書の種類

卒業証明書	2,000 円/通	通
成績証明書		通
所定様式以外の証明書		通
英文証明書	3,000 円/通	通
合計	円	通

書類受取方法（○を付ける）

<input type="checkbox"/>	上記住所へ郵送（封筒に必要切手分貼付し提出）
<input type="checkbox"/>	来校（印鑑持参）

独立行政法人国立病院機構 山形病院附属看護学校

----- きりとり  -----

卒業生用証明書発行依頼書（本人控）

依頼日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名		旧姓	
生年月日	昭和 平成 年 月 日	卒業年	昭和 平成 令和 年 月 日
回生		学籍番号	
携帯電話	()	自宅電話	()
住所	〒 -		

提出先

--

使用目的（○を付ける）

<input type="checkbox"/>	就職
<input type="checkbox"/>	進学
<input type="checkbox"/>	その他()

※身分を証明できる証明書のコピー（免許書等）を忘れずに同封してください。

証明書の種類

卒業証明書	2,000 円/通	通
成績証明書		通
所定様式以外の証明書		通
英文証明書	3,000 円/通	通
合計	円	通

書類受取方法（○を付ける）

<input type="checkbox"/>	上記住所へ郵送（封筒に必要切手分貼付し提出）
<input type="checkbox"/>	来校（印鑑持参）

独立行政法人国立病院機構 山形病院附属看護学校