

証明書交付申請書

年 月 日

フリガナ		旧 姓	性 別
氏 名			男 女
生年月日	昭和 年 月 日 平成		
住 所	〒 —		
電話番号	(日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。) —		
卒業年月日 退学/除籍年月日	年 月 日 (卒業・退学・除籍) いずれかに○をつけてください。		
証 明 書 の 種 類 枚 数	証明書の種類	発行枚数	備 考
	卒業証明書	200円 × 通	
	成績証明書	200円 × 通	
	医療的ケア基本研修修了証明書	200円 × 通	
	在籍期間証明書	200円 × 通	
	その他 ()	500円 × 通	
合 計		合計通数	通 円
使用目的	<input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 奨学金 <input type="checkbox"/> その他 ()		
提出先			
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 郵送による受け取り【宛先は証明する者に限る】 <input type="checkbox"/> 職員室窓口受け取り		
受け取り者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (取りに来る方の氏名) <input type="checkbox"/> 来校する日付け (月 日 AM・PM 時頃)		