

## 証明書等発行願

中村記念病院附属看護学校長 殿

年 月 日

回生		学年	/	学籍番号				
氏名	Ⓜ			生年月日	平・昭	年	月	日生
※卒業年	年 月卒業			※電話				
※住所	〒 -							

※は卒業生のみ記入して下さい。

下記のとおり、証明書を発行くださるようお願い致します。

理 由： \_\_\_\_\_

## 記

種 類	手数料 (1通)	枚数	備考	種 類	手数料 (1通)	枚数	備考
在学証明書	200	/		成績証明書	500		
卒業見込証明書	200	/		内申書及びそれ に類する証明書	500		
卒業証明書	200						
通学証明書 J R	200	/		単位認定証明書	500		
学生証 (再発行)	500	/		〃 (英文)	1,000		
学生割引証明書	200	/	使用区間 ~ 使用月日 月 日 片道・往復				
合計金額							
卒業 (見込) 証明書と成績証明書			1. 同封 2. 別々				

## ※事務記載

郵送・来校・その他	発送日：	金額	円	受領者 サイン
本人・その他	年 月 日			