

平成 年 月 日

証明書交付願

はくほう会医療専門学校赤穂校長 殿

下記の証明書を必要としますので、交付をお願いします。

記

卒業学科・卒業年	学科 平成 年卒業 第 期生	
フリガナ 氏 名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
現住所	〒	
電話番号	() -	
証明書の種類・数	成績証明書	通
	卒業証明書	通
	その他	通
使用目的		
書類提出先		

※ 氏名は、在籍当時のものを記入してください。

※ 確認事項がある場合、連絡することがありますので昼間連絡がとれる電話番号を記入してください。

※ この交付願による個人情報、証明書交付業務に際してのみ利用するものであり、それ以外の目的では使用いたしません。