

(様式第9号)

# 証明書交付申請書

令和 年 月 日

滋賀県立総合保健専門学校長 様

課程： \_\_\_\_\_ 課程

学科： \_\_\_\_\_ 学科

学年： \_\_\_\_\_ 学年 クラス

(入学年： \_\_\_\_\_ 年) (卒業年： \_\_\_\_\_ 年)

氏名： \_\_\_\_\_

(旧姓： \_\_\_\_\_ )

生年月日：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

( TEL、FAX、メールアドレス等の連絡先 )

(連絡先： \_\_\_\_\_ )

下記により証明書の交付をお願いします。

記

1. 申請理由 \_\_\_\_\_

2. 提出先 (省略不可) \_\_\_\_\_

### 3. 申請する書類

(注1) 同時に2種類以上の証明の交付を受けようとする場合は、原則として同一封筒に封入しますが、不可の場合はその旨を余白に追記してください。

(注2) 卒業生については、1通につき530円の手数料を添えて申請してください。

(1) 在学生 ア 在学証明書 \_\_\_\_\_ 通

イ 卒業見込証明書 \_\_\_\_\_ 通

ウ 成績証明書 \_\_\_\_\_ 通

エ 専修学校証明書 \_\_\_\_\_ 通

オ その他 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 通

(2) 卒業生 ア 卒業証明書 \_\_\_\_\_ 通

イ 成績証明書 \_\_\_\_\_ 通

ウ 専修学校証明書 \_\_\_\_\_ 通

エ その他 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 通