

# 証明書交付願

令和 年 月 日

滋賀県立看護専門学校長 様

年 月卒業(第 期生)  
氏 名  
(旧 姓)  
生年月日 昭和・平成 年 月 日  
住 所  
電話番号

下記により証明書を交付願います。

## 記

1 理 由

2 提出先

3 申請する証明書

- ・ 卒業証明書 \_\_\_\_\_ 通
- ・ 成績証明書 \_\_\_\_\_ 通

(注1) 同時に2種類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お申し出ください。

(注2) 1通につき530円の手数料を添えて申請してください。