

(様式第 9 号)

証 明 書 交 付 申 請 書

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 : _____

(電話、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 5 6 0 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