

# 証明書発行願 (卒業・成績等)

(一部コピーし、控えとして保管してください)

平成 年 月 日

独立行政法人国立機構  
四国こどもとおとなの医療センター附属  
善通寺看護学校長殿

学籍番号

フリガナ

氏名 ⑩

生年月日(昭和・平成) 年 月 日生

下記の証明書の発行をお願いいたします。

提出先	
提出理由	
交付希望日	年 月 日(「証明書発行願」受付より1週間後)

- \* 提出先1件につき1枚の証明書発行願を提出してください。
- \* 規定の用紙がある場合は一緒に提出してください。

種類	発行料	数	種類	発行料	数
卒業証明書	600円	通	成績証明書	1,200円	通
推薦書	1,200円	通	調査書	1,200円	通
内申書	1,200円	通	その他の証明書	1,200円	通
小計		円	小計		円
総合計金額	円				

- \* 証明書料入金後は看護学校までその旨ご連絡ください。

卒業学校名	
期生(卒業年度)	
現住所	
電話番号(携帯も記載)	