

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)

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
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

印

(旧姓:)

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 | |
| 受取希望日 | 年 月 日 |
| | ※発行までの期間は、書類が本校に到着し、1週間～10日程度かかります。 |

* 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 |

※「その他の証明書」が必要な方は事前にご連絡ください。

* 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 | |
| 期生及び卒業年度 | |
| 現住所 | |
| 電話番号(携帯も記載) | |