

# 証明書申込書

(公社)神戸市民間病院協会  
 神戸看護専門学校  
 学 校 長

申込年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

- 1. 在学証明書 \_\_\_\_\_ 通 ※発行番号 \_\_\_\_\_
- 2. 卒業見込証明書 \_\_\_\_\_ 通 ※発行番号 \_\_\_\_\_
- 3. 卒業証明書 \_\_\_\_\_ 通 ※発行番号 \_\_\_\_\_
- 4. 成績証明書 \_\_\_\_\_ 通 ※発行番号 \_\_\_\_\_
- 5. 本校所定様式 \_\_\_\_\_ 通 ※発行番号 \_\_\_\_\_  
 以外の証明書

発行希望年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※印は記入しないで下さい。

◎誰のものが必要ですか。

高等課程 ( _____ 期生)	フリガナ	
2年課程定時制 ( _____ 期生)	氏 名	
2年課程全日制 ( _____ 期生)		
3年課程 ( _____ 期生)	生年月日	
卒業年度 ( _____ 年 _____ 月)		
現住所(〒 _____ ) _____ ※日中必ず連絡の取れる番号を記入して下さい。 TEL ( _____ ) _____		
証明書提出先名称		
証明書提出先名称		
証明書提出先名称		
理 由		

- 手数料
- 1. 無料
  - 2～4. 300 円
  - 5. 500 円

取扱者	領収印