

福井県立看護専門学校  
学校長 様

\*証明書発行番号

令和 年 月 日

申込者 氏名: \_\_\_\_\_

(旧姓: \_\_\_\_\_)

\*受付者氏名 \_\_\_\_\_

S・H 年 月 日生

\*  電話

卒業年: 年3月卒業 第 回生

\*  郵送

\*  来校

在校生: 年3月卒業見込み第 回生

## 証明書交付申請書

私は下記の事由により証明書が必要となりましたので交付を申請いたします。

(該当事項の□に✓でチェックを入れてください。)

<卒業課程>

- 第一看護学科       第二看護学科  
 第一部課程       第二部課程

★必要な証明書

- 卒業証明書..... ( )通  
 卒業見込証明書... ( )通  
 在学証明書..... ( )通  
 成績証明書..... ( )通  
 調査書..... ( )通  
 その他  
( )... ( )通

★証明書が必要な理由

- 進学のため... (学校名: )  
 就職のため... (就職先: )  
 その他..... ( )

★交付期限

月 日までに交付を希望します。

★連絡先

住所	(〒 - )	
電話番号	市外局番 ( )	携帯電話 ( )
郵送	<input type="checkbox"/> 希望する (返信用封筒を同封してください。)	<input type="checkbox"/> 希望しない ( 月 日に取りに行きます。)

【注意事項】(申込者に理解して頂きたいこと)

- ※受領時に本人確認のため身分証明書(免許証など)を提示していただきます。  
※郵送の場合は切手を貼った返信用の封筒と身分証明書の写しを同封して請求してください。  
※上記にご記入いただいた個人情報は証明書発行手続きのみに使用します。  
※「\*」欄は記入しないでください。

\* 記載日 年 月 日

上記申請のとおり証明書を受け取りました。

\* 記載責任者氏名 \_\_\_\_\_

受取者氏名 \_\_\_\_\_