

# 証明書発行依頼書

※証明書は本校在学中及び卒業時の氏名での発行となります。  
 ※発行までに受付日より**14日程**お時間を頂いております(祝日等で前後する場合があります)  
 ※太枠内 全てご記入ください

フリガナ 氏名	フリガナ 旧姓
_____	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
郵便番号	〒 _____
現住所	_____
TEL	_____ (ご連絡が取りやすい連絡先)
大阪厚生年金看護専門学校(_____)回生 もしくは 大阪病院附属看護専門学校(_____)期生	
学籍番号	_____ (4桁) 卒業年月 昭和・平成・令和 年 月
以下の通り、証明書の発行を依頼します。 ※□へ✓印を入れてください	
1. 必要書類	<input type="checkbox"/> 在学証明書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 成績証明書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 卒業証明書 _____ 通 <input type="checkbox"/> 卒業見込証明書 _____ 通 <input type="checkbox"/> その他(所定用紙等) _____ 通
2. 理由	<input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 保健師学校 <input type="checkbox"/> 助産師学校 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
3. 提出先	_____ (できるだけ具体的、正確に)
4. 受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受取 <input type="checkbox"/> 郵送受取(レターパックライト(430円)) <input type="checkbox"/> 郵送受取(レターパック(600円))
<b>振込口座</b> 三井住友銀行 西野田支店 普通口座 7295903 カンゴガッコウ ※ご本人様名義でお振込みください。	備考欄:   

【学校記載欄】こちらには記載しないで下さい

受付日: 年 月 日  
 期限日: 年 月 日

合計金額 \_\_\_\_\_ 円

領収 未 ・ 済