

(様式24号)

確認者	
-----	--

## 証明書発行願

令和 年 月 日

神戸市医師会看護専門学校長 様

科 期生 学年 クラス 学籍番号 番

(ふりがな)  
学生氏名 \_\_\_\_\_ 印 (旧姓: \_\_\_\_\_)

生年月日 年 月 日 生

使用目的	1. 就職活動 2. ( )
提出先	

証明書種類	発行手数料	部数
在学証明書		部
成績証明書 (内申書)	400円	部
卒業見込み証明書	400円	部
卒業証明書	400円	部
その他 ( )		部
送料 (普通・速達・書留)		
	会 計	円

注: 必要書類に提出先指定用紙がある場合は、一緒に提出して下さい。

注: 卒業生は、住所・電話番号を記入して下さい。

〒

TEL ( )