九州保健福祉大学総合医療専門学校
証明書交付願(出学者用)

申　込　日	(西暦)　　年　　月　　日	
ふりがな		
氏　　名	姓	名
ふりがな		
在学時氏名 (現在氏名と異なる場合のみ)	姓	名
証明される者(以降、本人と表記)は在学時の氏名から変更がある場合、「氏名(現在の氏名)」と「在学時の氏名」の両方をご記入下さい。なお、証明書の氏名は在学時の氏名となります。 結婚等で改姓名があった場合は、戸籍抄本(コピー可)を必ず添付して下さい。		
生年月日・年齢	(西暦)　　年　　月　　日生(　　歳)	
連絡先電話番号 (携帯電話等必ず連絡がつく番号)		

学　　科	□看護学科 □第一鍼灸学科　□第二鍼灸学科　□鍼灸学科(夜間部)
学生番号 (覚えている場合は記入)	

証明書種別	成績証明書　　通	【発行手数料】 1通100円 郵送の場合は、発行手数料分の定額小為替(宛名は無記入)を同封して下さい。 証明書の受取に来校される場合は、校内で証紙を購入して下さい。
	卒業証明書　　通	
	その他(　　)　　通	
合　　計	・申請通数　　通	
	・発行手数料　　円	
使用目的		

本人確認書類 のコピー	□運転免許証　□健康保険証　□パスポート　(いずれか1点)
	□戸籍抄本　(改姓名があった場合要)
返信用封筒	□返信用封筒(切手貼付要。レターパックでも可)
同封したものに✔して下さい。	本人確認書類のいずれかが同封されていない場合は証明書の発行ができません。 返信封筒が同封されていない、封筒に切手の貼付がない場合は、証明書を郵送できません。 ※結婚等で改姓名があった場合は、戸籍抄本(コピー可)を必ず同封して下さい。

※本人以外が申し込みをされる場合は、代理人の身分証明書のコピーと委任状(様式自由・本人の署名要)も必要です。

学校使用欄(記入しないで下さい。)

受付日		処理者		備　考	
発行日 発送日		確認者			