

証明書発行願

令和 年 月 日

兵庫県立総合衛生学院長 様

この度、下記の理由により証明書が必要になりましたので発行をお願いします。

| | | | |
|-----------|-------------------------------------|---------|------|
| ふりがな | | ふりがな | |
| 氏名 | | 旧姓 | |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | | |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | | 携帯電話 | |
| 学生番号 | | 回生 | |
| 学科名 | 助産学科・歯科衛生学科 看護学科2年課程(定時制)・介護福祉学科 | | 学年 年 |
| 必要理由 | 就職・進学・その他() | | |
| 提出先名・証明書等 | | 備考欄 | |
| ① | | | |
| 卒業見込証明書 | 成績証明書 | 単位修得証明書 | |
| ② | | | |
| 卒業見込証明書 | 成績証明書 | 単位修得証明書 | |
| ③ | | | |
| 卒業見込証明書 | 成績証明書 | 単位修得証明書 | |

<注意事項>

- あてはまる所は○で囲んで下さい。
- 電話番号は必ず9:00~17:00に連絡のとれる番号を記入して下さい。
- 発行に1週間程度要します。(外国語の証明発行については3週間程度要) 余裕をもって申請して下さい。
- 提出先を記入して、必要とする証明書を○で囲んで下さい。

| | | |
|-----------------|--------|---------|
| 《記入例》 提出先名・証明書等 | | 備考欄 |
| ① 県立西宮病院 | | |
| 卒業見込証明書 | ○成績証明書 | 単位修得証明書 |

※提出先が同じ場合はまとめて厳封します。それ以外を希望の方は備考欄に記入して下さい。