

# 福岡市医師会看護専門学校 証明書発行依頼書

必要事項および該当するものに☑をご記入ください。

申請日	年 月 日		
学 科	<input type="checkbox"/> 第1看護学科	<input type="checkbox"/> 第2看護学科 (旧 看護師科)	<input type="checkbox"/> 准看護科 (旧 准看護師科)
学 年	<input type="checkbox"/> 回生	<input type="checkbox"/> 区 分	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学
ふりがな 氏 名 (在学時)			ふりがな 現在の姓 (変わっている場合のみ)
生年月日	年 月 日		
現住所	〒 ー		
電話番号			
在学期間	年 月 入学～ 年 月 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学		
使用目的	<input type="checkbox"/> 就職のため <input type="checkbox"/> 進学のため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
提出先			
受取方法	<input type="checkbox"/> 本人が直接		月 日 以降に受取 <input type="checkbox"/> 現住所へ郵送
	<input type="checkbox"/> 代理人が直接		月 日 以降に受取 <small>代理人 氏名</small>
	<input type="checkbox"/> 他住所へ郵送	〒 ー	

証 明 書	枚 数	料 金
卒業証明書	通	1,000 円
卒業証明書(英文)	通	2,000 円
成績証明書	通	1,000 円
成績証明書(英文)	通	2,000 円
内申書	通	1,000 円
その他( )	通	1,000 円

◆ 必要書類チェック欄 ◆

- 証明書発行依頼書
- 本人確認書類(運転免許証・保険証等の写し)
- 証明書料
- 返信用封筒(返送先住所をご記入ください)  
※封筒のサイズは長3以上でお願いします。
- 返信用切手(返信用封筒にお貼りください)  
※不足がないようご確認ください。

◆ 返信の郵送方法 ◆

- 普通郵便
- 速達 ※普通郵便料金に260円追加

◆ 学校記入欄 ◆

○ 受領日	年 月 日	○ 受領者	○ 受領金額	円
○ 発行日	年 月 日	○ 発行者	○ 郵送日	年 月 日