

証明書交付願

年 月 日

北都保健福祉専門学校長 殿

平成・令和.....年.....月.....学科 卒業・退学

氏 名 _____ ㊞

昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)

住 所 _____

勤務先 _____

連絡先 _____

(詳細について不明の場合は、学校から連絡することがありますので
すぐに連絡の取れる番号(携帯)を記入してください)

下記証明書の交付をお願いします。

記

1. 卒業証明書
2. 成績証明書
3. 単位取得証明書
4. その他 (_____)

※成績証明書および単位修得証明書は本人開封無効となります。

提 出 先	
使 用 目 的	
必 要 枚 数	枚

受領

証明書の受領方法(該当箇所をチェックしてください)

- 後日取りに行きます
 返信用封筒を同封します