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（該当箇所に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 |