

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