

\* 依頼書(上)と預かり書(下)の両方に記入してください。

**卒業生用証明書発行依頼書(学校控)**

依頼日 平成 年 月 日

回生	学籍番号	生年月日	昭和 平成 年 月 日
フリガナ 氏名	旧姓 ( )	卒業年	年 3月
住所 電話	〒 ー 自宅: 携帯:		
* 必ず提出先をご記入ください。			
提出先			
使用目的	1. 就職      2. 進学      3. その他( )		

証明書の種類	料金	通数
卒業証明書	500円/通	通
成績証明書	500円/通	通
英文証明書	1,000円/通	通
所定以外の証明書	500円/通	通

領収金額 ¥

証明書の受け取り方法を下記の□にレを記してください。

- 上記住所へ郵送する  
\* 郵送の場合は、切手貼付の返信用封筒を一緒に提出してください。
- 来校  
\* 来校の際は、印鑑を持参してください。

学校記入欄	
教育主事	事務

\* 依頼書(上)と預かり書(下)の両方に記入してください。

**卒業生用証明書料金預かり証**

依頼日 平成 年 月 日

回生	学籍番号	生年月日	昭和 平成 年 月 日
フリガナ 氏名	旧姓 ( )	卒業年	年 3月
住所 電話	〒 ー 自宅: 携帯:		
* 必ず提出先をご記入ください。			
提出先			
使用目的	1. 就職      2. 進学      3. その他( )		

証明書の種類	料金	通数
卒業証明書	500円/通	通
成績証明書	500円/通	通
英文証明書	1,000円/通	通
所定以外の証明書	500円/通	通

合計金額 ¥

上記の金額をお預かりいたしました

証明書の受け取り方法を下記の□にレを記してください。

- 上記住所へ郵送する  
\* 郵送の場合は、切手貼付の返信用封筒を一緒に提出してください。
- 来校  
\* 来校の際は、印鑑を持参してください。

独立行政法人国立病院機構  
山形病院附属看護学校