

証 明 書 交 付 願

令和 年 月 日

愛知医科大学長 殿

看護学部

看護専門学校

学籍番号 _____

卒業年月日 昭和・平成・令和 _____ 年 月 日

氏 名 _____ (印(新姓: _____))

生年月日 _____ 年 月 日生

電話番号 (_____) _____

下記の証明書を交付して下さるようお願いいたします。

記

証明書の種類	枚数	手数料	手数料受領※	備 考
卒業証明書		500円	済 ・ 未	※英文の場合、各種証明書の手数料は、1,200円となります。
成績証明書		500円	済 ・ 未	
その他の証明書 ()		500円	済 ・ 未	
使用目的				
取扱者名※	(印)			

※記入不要です。