

証 明 書 交 付 願

年 月 日

姫路赤十字看護専門学校長 様

回 生
氏 名
生年月日
住 所 〒

TEL ()

下記のとおり、証明書を交付していただきますようお願いいたします。

記

種 類	部 数	使用目的及び提出先 (必ずご記入ください) ※提出先別にご記入ください。	提出先の 所定の用 紙の有無	提出期限	備 考
成績証明書	部		有・無		
	部		有・無		
	部		有・無		
卒業証明書	部		有・無		
	部		有・無		
	部		有・無		
内 申 書	部		有・無		
	部		有・無		
専修学校専門 課程修了・単位 修得等証明書	部		有・無		
	部		有・無		
その他 () ()	部		有・無		
	部		有・無		
[通信欄] 郵送を希望される場合は証明書料（１通 ５００ 円）の他に郵送料が実費かかります ☐ 郵送を希望する（ レターパックプラス ・ レターパックライト ） ※いずれかを選択 ☐ 郵送を希望しない					

年 月 日 発行

姫路赤十字看護専門学校

TEL 079-294-2251 FAX 079-299-0052