

証 明 書 発 行 願

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

岐阜保健短期大学医療専門学校長 殿

学科名・科名 _____ 学科 _____ 科

学籍番号・学年 _____ 学年

学 生 氏 名 _____ ㊟

生 年 月 日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本 籍 _____ 都・道・府・県

現住所 〒 _____

連絡先 Tel (_____) _____

使用目的（該当項目に○を付ける）

就職 ・ 進学 ・ 役所 ・ 職場（就職・進学の場合は受験先を明記）

_____ のため下記の証明書の発行をお願いします。

種 類	申 込 部 数	手 数 料	金 額	※証明書 発行番号	備 考
在学証明書	部	300円			
成績証明書	部	300円			
卒業見込証明書	部	300円			
卒業証明書	部	300円			
推薦書	部	300円			
身分証明書再発行	部	500円			

※は発行者が記入

領 収 書

学科名・科名 _____ 学科 _____ 科 _____ 学年

氏 名 _____ 様

金 _____ 円

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(証明書発行手数料として領収しました)
岐阜保健短期大学医療専門学校