

証明書交付願

平成 年 月 日

学校法人 福岡保健学院
小倉リハビリテーション学院
学 院 長 篠 崎 康 次 殿

P T ・ O T 学科 昼間 ・ 夜間 コース
第 学年 A ・ B クラス
①(年 卒業 ・ 休学 ・ 退学)

学籍番号：

現 住 所： (自宅 ・ 帰省先 ・ 寮 ・ 下宿先)

氏 名 ㊟

②生年月日： 年 月 日生

③連絡先TEL番号： (自宅 ・ 携帯)

下記のとおり証明書が必要ですので、交付をお願いします。

記

1. 証明書の種類

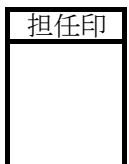
- | | |
|-------------|-------------|
| (1) 在学証明書 | 500円×()通 |
| (2) 成績証明書 | 1,000円×()通 |
| (3) 卒業見込証明書 | 500円×()通 |
| (4) 卒業証明書 | 500円×()通 |
| (5) 推薦書 | 500円×()通 |
| (6) その他 () | 500円×()通 |

2. 使用目的 (詳しく記入すること)

3. 提出先 (詳しく記入すること)

注)

1. 在学学生は、すべて記入すること。
2. 必要な証明書の番号を○で囲むこと。
3. ()内は、必要な枚数を記入のこと。
4. 未記入箇所があれば、発行できないので、再度確認して申し込むこと。
5. 上記の証明書を就職活動に使用の場合は、担任の確認印をもらうこと。
6. 在学生以外は、①卒業等年月・②生年月日・③連絡先(自宅・携帯)を記入すること。



事務処理欄			
受付日	/	発行日	/
	:		: