

# 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 宮崎 澄雄 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 ・ 下宿先）

氏名 ④

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) 通学証明書   | ( )通        |
| (6) 推薦書     | 500円×( )通   |
| (7) 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. 必要な証明書の番号を○で囲むこと。  
 2. ( )内は、必要な枚数を記入のこと。  
 3. 在学生は、すべて記入のこと。新生は、②生年月日を必ず記入すること。  
 4. 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。  
 5. 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。  
 6. 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。

担任印

