

証 明 書 等 交 付 願

岩手保健医療大学長 殿

下記のとおり交付をお願いします。

申 請 日	(和暦) 年 月 日		
ふりがな 氏 名			※改姓している場合、在籍時の姓
生年月日	(和暦) 年 月 日		
学部・学科	<input type="checkbox"/> 看護学部 看護学科 _____ ※該当するほうに✓		
研究科	<input type="checkbox"/> 看護学研究科		
入学年月	平成 ・ 令和 _____年 4 月 入学		
卒業(退学)年月	令和_____年_____月 卒業 ・ 退学		
学籍番号	※覚えている場合、記入		
電話番号	※日中連絡がとれる番号		

使用目的	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 免許申請等 <input type="checkbox"/> 試験受験等 (試験名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
提出先	

証明書の種類	通 数	費 用	備 考
C 卒業証明書	通	円	
D 成績証明書	通	円	
E 学力に関する証明書	通	円	
F 在籍期間証明書	通	円	
G 単位修得証明書	通	円	

※ 厳封等の希望がある場合は、備考欄に明記すること