

証 明 書 交 付 願 い

独立行政法人国立病院機構 北海道医療センター附属札幌看護学校

申請年月日	平成 年 月 日	生年月日	
ふりがな 氏 名		ふりがな 卒業時氏名	
住 所	〒		
電話番号 (自宅・携帯)		卒業年	年
		卒業期生	期生
卒業学校名			
作 成 書 類	金 額	通 数	金 額 計
卒業証明書	500 円		
国家試験用卒業証明書	500 円		
在籍証明書	500 円		
当校のその他の証明書	1000 円		
成績（履修）証明書 単位・時間数付	1000 円		
当校書式以外の証明書 成績・単位・卒業 その他（ ）証明書	1500 円		
合 計		通	円
使用目的			
交 付 希望日	交 付 希 望 方 法 (いずれかに○)		学校教務窓口（平日9時～17時）にて受領
			返信用封筒にて送付希望
			その他（ ）

* 規定の様式がある場合は添付してください。

* 返信用封筒は角2号をご用意いただき、
返送先住所・氏名を明記し切手を添付の上送付ください。

* 貼付切手代金はおおよそ

1～4 通：120 円 5～14 通：140 円 それ以上：205 円です。

領収印	支払確認欄	
	本人	
	庶務	
	学校	