

本件、交付してよいでしょうか(伺い)

## 証明書交付願

神奈川県立保健福祉大学長 様

次の証明書を交付願います。

申請日	年 月 日		
学籍番号			
ふりがな 氏名	旧姓( ) ※英文の場合、氏名のローマ字表記 ( )		
生年月日	年 月 日 生まれ ( )歳		
在学時の所属 (○で囲む)	学部	看護 ・ 栄養 ・ 社会福祉 ・ リハビリテーション	
	大学院	看護 ・ 栄養 ・ 社会福祉 ・ リハビリテーション	
卒業(修了)年月	年 月		
現住所	郵便番号 住所 電話(日中連絡がつく番号)		
証明書の種類(必要な証明書の番号と書式を○で囲む)			
1 卒業(修了)証明書 和文 ・ 英文 ( )通 2 成績証明書 和文 ・ 英文 ( )通 3 その他 ( )通 [ ]			
成績証明書、その他の証明書で必要な場合に限り厳封処理を行います。 希望する場合は以下に記載してください。 (記載例：成績証明書○通を厳封)			
証明書を必要とする理由(番号を○で囲む)			提出先
1 就職(試験日等も記入)[ ] 2 進学(試験日等も記入)[ ] 3 その他(具体的に記入)[ ]			
提出期限	年 月 日		
受取方法(○で囲む)	郵送 ・ 窓口受取 ※要返信用封筒(切手貼付) ※本人確認書類呈示		

注) 郵送での申し込みの場合は「本人確認書類のコピー」、「手数料」を必ず同封してください。  
 また郵送での受け取りを希望する場合には、併せて「返信用封筒」を同封してください。

### (大学事務局使用欄)

交付手数料領収日	金額	発行枚数	領収金額	担当者印	公印(出納印)
年 月 日	1通 400 円	通	円		