

証 明 願

清恵会医療・第二医療専門学院長 様

提出日	平成	年	月	日
学科名 〇で囲んで下さい	第1看護学科	理学療法士科		
	第2看護学科	放射線技師科1部		
	准看護学科	放射線技師科2部		
卒業期・卒業年	期		年卒	
フリガナ				
氏名				⑩
生年月日	年		月	日
住所 〒	—			
電話番号 (日中連絡が取れる番号)	—		—	

下記のとおり証明下さるようお願い致します。

記

1. 証明事項 ※必須

卒業証明書 () 通 調査書・成績証明書 () 通
 基礎資格証明書 () 通
 専門学校専門課程修了・単位修得証明書 () 通
 その他 [] () 通

2. 証明書の提出先 ※必須

3. 証明書を要する理由 ※必須

(学校記入欄)

事務長	部長
主任	経理

※証明先が異なる場合は別紙とすること。

※2・3については具体的に記入すること。