

# 証 明 願

清恵会医療・第二医療専門学院長 様

提 出 日	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			
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 ¥300 ( ) 通 成績証明書 ¥500 ( ) 通

基礎資格証明書 ¥500 ( ) 通

専門学校専門課程修了・単位修得証明書 (放送大学など編入用) ( ) 通

※料金については事前に学院までご確認ください。

その他 [ ] ( ) 通

※その他証明書の料金については事前に学院までご確認ください。

### 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。