

証 明 願

清恵会医療専門学校長 殿

提 出 日	年 月 日
学科名 ○で囲む	第1看護学科(看護学科) 第2看護学科 准看護学科 理学療法士科 放射線技師科1部(診療放射線学科昼間部) 放射線技師科2部(診療放射線学科夜間部)
卒業期・卒業年	期 年卒
フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	西暦 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本校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本校までご確認ください。

2. 証明書の提出先 ※必須

事 務	教 務
事務記入欄	
証明書合計	_____ 通
受付:	_____ 月 日 ㊟
代金:	¥ _____
送料:	¥ _____

3. 証明書を要する理由 ※必須

※提出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。