

証明書交付願

学校法人 福岡保健学院
 下関看護リハビリテーション学校
 学校長 興津 貴則 殿

平成 年 月 日

証明 対象 者	卒業年月	(西暦) 年 月 卒業
	学校名	下関看護リハビリテーション学校
	コース・学科	(昼間 ・ 夜間) コース (PT ・ OT ・ NS) 学科
	学籍番号	S () (期生)
	ふりがな 氏名	Ⓜ 旧姓 ()
	生年月日	(西暦) 年 月 日生 (男 ・ 女)
	住所	〒 - 連絡先TEL (- -)
	証明書種類	(1) 卒業証明書 500円 × (通) (2) 成績証明書 1,000円 × (通)
	使用目的	

注1) 証明対象者本人が自署してください。 注2) 身分証の写しを添付してください。

[代理人が来校される場合]

下記の者を代理人に選出し、次の証明書の申請及び受領に係る一切の権限を委任します。

委任状

代理 人	氏名	Ⓜ 続柄 ()
	住所	〒 - 連絡先TEL (- -)

※代理人の方は来校の際に印鑑と身分証を御持参下さい。