

(要領 様式1)

証明書交付申請書

年 月 日

東京都立 _____ 看護専門学校長 殿

申請者 _____
(代理人が申請する場合には委任状が必要です。)

下記の証明書の交付を申請します。

証明を受ける人	ふりがな		旧姓	生年月日	昭和	年	月	日
	氏名				平成			
	住所	郵便番号 (-)						
	電話番号	※平日 9:00~17:00 の時間帯で連絡の取れる番号を必ず記入してください。 TEL - - 海外在住の場合 (TEL - -) E-mail						
	学科・課程	看護学科 (3年課程・2年課程・准看)	入学年月	昭和	年	月		
学籍番号		回生	卒業年月	昭和	年	月		
使用目的	就職・進学・資格試験・その他 ()							
提出先	①							
	②							
	③							
	④							
申請内容	名称		通数	提出先番号	※発行番号			
	成績証明書		通					
	卒業証明書		通					
	単位修得証明書		通					
本人確認書類 (写)	マイナンバーカード・運転免許証・健康保険証・旅券 (パスポート)・その他 ()				本人確認書類チェック欄			
	※ 氏名 (日本語表記)・生年月日・現住所のわかるもの ※ 英文の証明が必要な場合は、旅券 (パスポート) (写) を添付のこと。							
備考								

保存期間	年	満了後の措置					分類記号					引継ぎ	
決定権者	審査	協議	協議	協議	審議	起案者	文書記号・番号	第 号					
							施行	年	月	日	浄書照合		公印照合・押印
							決定	年	月	日			
							起案	年	月	日			
件名							収受	年	月	日			
決定文													