

証 明 書 交 付 願 (卒業生用)

平成 年 月 日

茨城県立医療大学長 殿

所 属

学科
専攻

入学年月 平成 年 月

卒業年月 平成 年 月

学籍番号

氏 名 印

現 住 所

電話番号

生年月日 年 月 日

下記の理由により、証明書が必要となりますので交付して下さるようお願いいたします。

記

1 理由

(1) 就職 (2) 進学 (3) 奨学金 (4) その他 () のため

2 必要枚数

(1) 卒業(修了)証明書 枚 (←厳封が必要な場合チェック)

(2) 成績証明書 枚 (←厳封が必要な場合チェック)

※申し込み時に1枚あたり400円の発行手数料を徴収いたします。

証 明 書 発 行 控

発 行 年 月 日	卒業(修了)証明書発行番号割印	成績証明書発行番号割印	証明書発行番号割印
年 月 日	第 号	第 号	第 号
年 月 日	第 号	第 号	第 号
年 月 日	第 号	第 号	第 号
年 月 日	第 号	第 号	第 号
年 月 日	第 号	第 号	第 号