学生・様式７

事務局長	学 科 長	受　　付

証　明　書　下　附　願

※太枠のみ記入して下さい。

※使用目的が就職に関する就職試験・会社訪問等の場合は、学科長に提出して下さい。

申込年月日	平成　　年　　月　　日
本　　籍	都・道・府・県
現　住　所	〒　　－ TEL　　（　　）
フリガナ 氏　　名	印
生年月日	昭和　　年　　月　　日 生
下記の通り証明書の発行をお願いします。（該当するものを○で囲んで下さい。） 記	
所　　属	科　　学年　学籍　　番
入　　学	平成　　年　　月
卒業・退学	平成　　年　　月
証明書種類	在学・卒業・卒業見込・成績・健康・その他（　　）
使　用　目　的	就職試験 ・ 施設（病院）訪問 ・ 国家試験 ・ 健康保険 ・ その他（　　） ※就職試験・会社訪問等の場合は会社名を記入して下さい。
会　社　名	
申込枚数	各　　通
学　科　長	
作成済提出先	学科長　・　本　人
備　　考	

大阪保健福祉専門学校