（様式第９号）

**証 明 書 交 付 申 請 書**

　　年　　月　　日

滋賀県立総合保健専門学校長　様

課　程： 　　　 　　　　課程

学　科： 　 　　　学科

学　年：　　　　　学年 　　　クラス

（入学年： 　年）（卒業年：　 年）

氏　名：

（旧姓：　　 　 　）

生年月日：昭和・平成 　 年 　月 　日

 住　所：

（電話、FAX、ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ等の連絡先）

（連絡先：　　　　　　　　　　　）

 下記により証明書の交付をお願いします。

記

１．申請理由

２．提 出 先 （省略不可）

３．申請する書類

（注１）同時に２種類以上の証明の交付を受けようとする場合は、原則として同一封筒に封入しますが、不可の場合はその旨を余白に追記してください。

（注２）卒業生については、１通につき５６０円の手数料を添えて申請してください。

（１）在学生　ア　在学証明書 　　 通

　　 イ　卒業見込証明書 　 通

 　　　　　ウ　成績証明書 　　　　　　　 通

　　 エ　専修学校証明書　　　　　　　　　　　　　 通

オ　その他（ ） 　　　　　　 通

（２）卒業生　ア　卒業証明書 　　　　　　 通

 　　　 イ　成績証明書 　　　　　　 通

ウ　専修学校証明書　　　　　　　　　　　　　　　　　 通

 　　　 エ　その他（ ）　　　　　 　 通