

各種証明書発行願

神戸総合医療専門学校 殿

学 科	診療放射線科	臨床工学科	臨床工学専攻科
	視能訓練士科	理学療法士科	作業療法士科
	診療情報管理士科	医療事務・秘書科	
	言語聴覚士科	看護科	介護福祉科
卒業年月	昭和・平成・令和 25 年 3 月		
ふりがな	こうべ たろう		
在籍時の氏名	神戸 太郎		
生年月日	昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○○才)		
希望証明書		使用用途	
※学校記入欄		・就職のため	
学業成績証明書	1 通 (第 号)	・国家試験受験	
卒業証明書	1 通 (第 号)	・その他	
卒業証明書(国家試験受験用)	通 (第 号)	[]	
写真照合証明(国家試験受験用)	通	提出先	
証明書	通 (第 号)	○○ 病院	
証明書	通 (第 号)		
連絡先	〒 654 - 0142 神戸市須磨区友が丘7-1-21		
	☎ 078-795-8000 【昼間に連絡の取れる番号】		
連絡事項があればご記入ください。			

学校記入欄

受付日	備考	受付者

・記入された個人情報は、個人情報保護関連法規に基づき適切に管理します。
・証明書発行及び確認・連絡等に利用し、第三者への提供は行いません。