

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 年 月		
ふりがな			
在籍時の氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (才)		
希望証明書	※学校記入欄		使用用途
学業成績証明書	通 (第 号)		・就職のため
卒業証明書	通 (第 号)		・国家試験受験
卒業証明書(国家試験受験用)	通 (第 号)		・その他
写真照合証明(国家試験受験用)	通		[]
証明書	通 (第 号)		
証明書	通 (第 号)		
連絡先	〒 - ☎ 【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。