

# 各種証明書発行願

令和 年 月 日申込

神戸総合医療専門学校 殿

<b>学 科</b>	・ 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 ・ 言語聴覚士科 ・ 歯科衛生士科 ・ 診療情報管理士科 ・ 医療事務・秘書科 ・ 看護科 ・ 介護福祉科
<b>卒業年月</b>	昭和・平成・令和 年 月
ふりがな	
<b>在籍時の氏名</b>	
<b>生年月日</b>	昭和・平成 年 月 日 ( 才 )
<b>希望証明書</b>	<b>用 途</b>
学業成績証明書 通 (第 号)	<b>提 出 先</b>
卒業証明書 通 (第 号)	
証明書 通 (第 号)	
証明書 通 (第 号)	
証明書 通 (第 号)	
<b>連絡先</b>	〒 - ..... ..... ☎ ..... ( 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。