

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

学 科	・ 診療放射線科 ・ 視能訓練士科 ・ 言語聴覚士科 ・ 医療事務・秘書科	・ 臨床工学科 ・ 理学療法士科 ・ 歯科衛生士科 ・ 看護科	・ 臨床工学専攻科 ・ 作業療法士科 ・ 診療情報管理士科 ・ 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 〇年 〇月 〇日 (〇〇才)			
希望証明書	※学校記入	用 途		
学業成績証明書 1 通 (第 号)		就職のため		
卒業証明書 1 通 (第 号)				
証明書 通 (第 号)		提出先		
証明書 通 (第 号)			〇〇病院	
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。