

(様式1)

本書のとおり発行してよろしいか。

副校長兼 事務部長	総務課長	学生課長	係
発行年月日	令和 年 月 日		
手数料	円		
申請者確認	<input type="checkbox"/> 身分を証明するもの マイナンバーカード・運転免許証・ 健康保険証・パスポート その他 () <input type="checkbox"/> 学籍簿記載情報 <input type="checkbox"/> その他 ()		

収入証紙貼付欄

※この欄に栃木県収入証紙を貼り、
消印をしないでください。

(一通につき 420 円)

証明書交付願

() のため必要があるので、下記のとおり証明書を交付くださるようお願いいたします。

1. 証明を受ける者の卒業時氏名 _____

卒業学校名 衛生福祉大学校 県南高等看護専門学院 その他 (_____)

卒業学科 _____

卒業年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

生年月日 昭和・平成 年 月 日

2. 証明書

1	卒業証明書	通	
2	成績証明書	通	
3	保母・保育士資格証明書	通	
4	指定保育士養成施設卒業証明書	通	
5		通	

令和 年 月 日

栃木県立衛生福祉大学校長 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

電話番号 _____
証明を受ける者との関係 本人・その他 (_____)