　　　 各種証明書請求用紙（卒業生用）

|  |  |
| --- | --- |
| 請求年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ふりがな  氏　　名 | （旧姓：　　　　　　） |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 在 籍 期 | （　　　　　回生） |
| 入 学 年 | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月入学 |
| 卒 業 年 | 昭和・平成・令和　　　　　年　　　　月卒業 |
| 住　　所  （居住地） | 〒 － |
| 送付先住所  （上記住所と異なる場合に記入） | 〒 － |
| 電話番号 |  |
| 日中の連絡先  (携帯帯電話など) |  |
| 必要理由 | 就職・進学・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 提 出 先 | ・  　・  　・ |
| 請求内容 | 成績証明書：　　　（　　　　　通） |
| 卒業証明書：　　　（　　　　　通） |
| 単位履修証明書： （　　　　　通） |
| その他（　　　　　　　　　　）：（　　　　通） |
| 備　　考 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 教務課長 | 主　　査 | 担当者 |
|  |  |  |

請求先：市立函館病院高等看護学院　教務課

　住所　〒041-0821　函館市港町1丁目5番15号

　電話　０１３８－４３－２２８５

　ﾒｰﾙ 　ichikan@hotweb.or.jp