

証 明 書 発 行 願

年 月 日

横浜市病院協会看護専門学校長 様

学籍番号 号 (第 学年)

卒業生 年卒

氏名 ⑩

次のとおり証明書を交付くださるようお願いいたします。

証 明 書 の 種 類	1 在学証明書	通
	2 単位認定証明書	通
	3 卒業見込証明書	通
	4 卒業証明書	通
	5 推薦書	通
	6 専修学校専門課程の修業年限及び 課程修了に要する総時間数の証明書	通
	7	通
使用目的		
提出先		

* 証明書交付手数料は、2, 5, 6 は 1 通につき 1, 000 円、1, 3, 4 は 1 通につき 500 円
ただし、2 の外国語表記は 2, 000 円