

記入例

証明書発行申込書

令和 ●●年 ●●月 ●●日

気仙沼市医師会附属准看護学校長 様

※必要事項を記入・該当箇所を○で囲んでください。

卒業期生	第 ●● 期生	卒業年月	平成 ●●年 ●●月 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学	
ふりがな	じゅん かん ご がっ こう		生 年 月 日	
卒業時氏名	准 看 護 学 校		●●年 ●●月 ●●日生 (●●歳)	
連絡先	090-1234-5678 ※日中連絡が取れる番号を記入してください。			
受取方法	窓口・ <input type="checkbox"/> 郵送 (郵送の際は、郵送先の住所を記入してください)			
郵送先住所	〒 -			
使用目的	<input type="checkbox"/> 就職・進学・その他 (具体的に)			
提出先	●● 病院			
証明書の種類		単価	発行枚数	金額
1. 卒業証明書		500円	1通	500円
2. 在籍証明書		500円	通	円
3. 成績証明書		1,000円	1通	1,000円
郵送料	発行枚数	定形内特定記録郵便料	合計発行枚数	2枚
	1～3通	244円	発行手数料合計額	1,500円
	4～9通	254円	郵送手数料	<input type="checkbox"/> 特定記録・速達 244円
	※速達はプラス290円		※郵送手数料分の切手を返信用封筒に貼付してください	

※本人確認のため本人確認書類 (運転免許証・マイナンバーカード・パスポート等) の写しを同封してください。

※卒業時の姓で発行いたしますのでご了承ください。

※証明書発行申込書に記載された個人情報は証明書発行以外の目的には使用いたしません。