

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	年 月 卒業・退学
ふりがな	生年月日		
卒業時氏名	年 月 日生 (歳)		
連絡先			
受取方法	窓口・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	就職・進学・その他 (具体的に)		
提出先			

証明書の種類	単価	発行枚数	金額
卒業証明書	500円	通	円
在籍証明書	500円	通	円
成績証明書	1,000円	通	円

郵送手数料			
証明書の発行枚数	特定記録郵便 (封筒のサイズ:長形3号)	速達を希望する場合 (速達料金260円)	備考
1~3通まで (25gまで)	244円	504円 (244円+260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。
4~9通まで (50gまで)	254円	514円 (254円+260円)	

※郵送による手続きの際は、証明書発行手数料を郵便定額小為替にてお支払いください。

※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。