

卒業証明書・成績証明書の発行を希望される方は、以下の用紙に記入し代金相当の郵便小為替とともに学校へ郵送してください。返信用封筒・送料は不要です。
 送付先：〒569-0065 高槻市城西町2-31 高槻市医師会看護学校

※記入漏れのないようお願いいたします。

※発行までに1週間程度要します（土・日祝のぞく）。余裕をもってお申込みください。

※その他の証明書発行を希望される方は電話でお問合せください(072-675-0001)。

令和 年 月 日

証明書発行願（卒業生用）

高槻市医師会看護学校

学校長 様

下記のとおり証明書の発行をお願いいたします

課 程	看護学科 期生（ 年卒） 学籍番号（ ）	准看護学科 回生（ 年卒） 学籍番号（ ）
現住所	〒 TEL — —	
現在の氏名	カガナ（ ）	生年月日 S・H 年 月 日生
卒業時の氏名	カガナ（ ）	
卒業証明書	500円× 通	合計 _____ 通 _____ 円
成績証明書	1000円× 通	
使用目的	*必ず記入すること	
提出先	*必ず記入すること	
※学校 記入欄	受領日：令和 年 月 日	
	発行・送付日：令和 年 月 日	