

(様式1)

証明書発行願

令和 6 年 4 月 1 日

高崎市医師会看護専門学校 校長 様

所 属	准看護 学科 11 回生 2 年 3 組 4 番
申請者氏名	高崎 看子
生年月日	昭和・平成 5 年 6 月 7 日
卒業年月	平成・令和 4 年 3 月
住 所	〒370-0006 群馬県高崎市問屋町 4-8-11
電 話	027 (363) 3555

下記証明書の発行をお願いいたします。

記

証明書 提出先	高崎市医師会看護専門学校 看護学科
------------	-------------------

※提出先の記入がないものは発行できません。

No.	項 目	発行数
1	卒業見込証明書	通
2	卒業証明書	通
3	成績証明書	1 通
4	在学証明書	通
5	出席証明書 (月分)	通
6	その他 (内申書)	1 通

※ 証明書によっては、数日かかる場合があります。