

| | | | | | | | |
|-----|-----|-----|------|--------|------|-----|---|
| 校 長 | 教 頭 | 事務長 | 教務課長 | 進路指導課長 | 学年主任 | 担 任 | 係 |
| | | | | | | | |

証 明 書 交 付 願

令和 年 月 日

川崎医科大学附属高等学校長殿

第 学年 組

平成・令和 年 卒業 卒業見込

氏 名 _____ 印

旧氏名 (_____)

下記のとおり証明書を交付して下さるようお願いいたします。

記

| | | | | |
|-----------------|---|---|-------|-------|
| 該当を○印 | 在 学 証 明 書 | 通 | 第 号 * | 書類提出先 |
| | 卒 業 証 明 書 | 通 | 第 号 * | |
| | 成 績 証 明 書 | 通 | | |
| | 調 査 書 | 通 | | |
| | 単 位 修 得 証 明 書 | 通 | | |
| 送付先住所 電話番号 | 〒 _____ TEL (_____) _____ | | | |
| 生年月日 | 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |
| 卒業年月 | 平成 _____ 年 _____ 月 令和 _____ 年 _____ 月 | | | |
| 備 考 * | | | | |
| 申請者・代理人 確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | |
| 契 印 | 在 学 卒 業 | | | |
| | 成 績 調 査 書 | | | |
| | 単 位 修 得 | | | |

(注) 太枠内の該当箇所を記入してください。*欄の記入は不要です。