

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 _____

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			
卒業年月	平成 年 月 令和			
備 考 *				
申請者・代理人 確認書類	運転免許証 健康保険証 住民基本台帳カード パスポート 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。