

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

昭和・平成 年 卒業

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 平成 年 月 日			
卒 業 年 月	昭和 平成 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。