

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 川崎 太郎 川崎印

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 ・○○大学○○学部 ○○学科
		卒業証明書	通	第 号 *	
		成績証明書	通		
	○	調査書	1 通		
		単位修得証明書	通		
送付先住所 電話番号		〒 ○○○-○○○○ 岡山県倉敷市○○○○ TEL (○○○) ○○○ - ○○○○ ←			必ず連絡がつく番号を 記入してください。
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 checked="" 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。