

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 川崎 太郎

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	平成 令和 年 月			
備考 *				
申請者・代理人 確認書類	運転免許証 <input checked="" type="checkbox"/> 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。