

証明書発行申請書兼委任状(卒業生勤務先申請用)

■申請者

申請日 西暦 年 月 日

法人名		印
住 所	〒 -	
担当部署 担当者名		
電話番号	()	
e-mail		

■申請情報

証明書 (和文)	種 類 (手数料:1名1件につき300円)		必要部数	
	<input type="checkbox"/> 卒業・修了証明書	<input type="checkbox"/> 個票形式	<input type="checkbox"/> 一覧形式	
	<input type="checkbox"/> 成績証明書			
	<input type="checkbox"/> 成績卒業証明書			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	合計部数		合計金額	
使用目的				
誓約事項	<input type="checkbox"/> 本申請で取得する証明書は上記の使用目的にのみ使用し、目的外には使用しません。			
通信欄	<small>※特に希望がある場合など記載してください。</small>			

■発行対象者及び委任状

私は上記の者を代理人と定め、証明書の申請および受領に関する一切の権限を委任します。

氏名 (本人自筆署名)	捺印	学生番号	卒業年月(西暦)	種別
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学

※在籍時の氏名をご記入ください。卒業・修了後に改姓された場合でも、在籍時の氏名で発行されます。
 ※4名以上申請する場合、別紙をご利用ください。

申請書類の確認欄 ※提出前に必ずチェックをお願いします。不足がある場合は発行できません。

必要書類	手数料 (定額小為替)	身分証明書 (申請者・卒業生 全員分)	返信用封筒 (切手貼付・住所記入)	別紙 (4名以上申請の場合)
チェック欄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

事務室使用欄

受付者	本人確認	作成	会計

【別紙】

■発行対象者及び委任状

私は上記の者を代理人と定め、証明書の申請および受領に関する一切の権限を委任します。

氏名（本人自筆署名）	捺印	学生番号	卒業年月（西暦）	種別
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学
	印			<input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 大学院医療看護学研究科 <input type="checkbox"/> 医療短期大学

※在籍時の氏名をご記入ください。卒業・修了後に改姓された場合でも、在籍時の氏名で発行されます。