

証 明 書 交 付 願

ふりがな 氏 名 (旧姓)	()	生年月日	昭和 年 月 日生 平成	
学校・学科 (○で囲む)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鹿児島保健院附属准看護学校 ・ 鹿児島高等看護学院 ・ 鹿児島保健婦学校 ・ 県立保健看護学校 (2年課程) ・ 県立保健看護学校 (3年課程) ・ 県立保健看護学校 (保健学科) 			
入学又は 卒業年月	昭和 年 月 入学 平成 年 月 卒業 (第 回生)			
証明書の 種類等	種 類	申請者記入欄	県記入欄	
		通数	発行番号	手数料計
	卒業証明書	通	No. ~	円
	成績証明書	通	No. ~	円
	単位修得証明書	通	No. ~	円
	履修証明書	通	No. ~	円
	その他	通	No. ~	円
	合 計	通		円
※1通につき、手数料400円が必要です。				
交付申請の理由	就職 ・ 進学 ・ その他 ()			
証明書の提出先				

上記のとおり証明書を交付くださるようお願いします。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

鹿児島県くらし保健福祉部

医師・看護人材課長 殿