

# 証明書交付願

※太枠内をご記入ください。

|        |  |       |                                       |      |   |
|--------|--|-------|---------------------------------------|------|---|
|        |  | 申込年月日 | 年                                     | 月    | 日   |
| ふりがな   |  |       | ふりがな                                  |      |   |
| 卒業時の氏名 |  |       | 現在の氏名<br><small>(氏名に変更があった場合)</small> |      |   |
| 生年月日   | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成   | 年     | 月                                     | 日    | 連絡先<br><small>(携帯電話等)</small>   |
| 現住所    | 〒 -  |       |                                       |      |   |
| 送付先住所  | <input type="checkbox"/> 上記の現住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 上記現住所と異なる<br><small>(送付先が本人住所と異なる場合はご本人承諾の署名または記名・捺印をお願いいたします)</small><br><b>返信用封筒に記載する住所に送付してください。署名または記名捺印：</b> _____ ㊟ |       |                                       |      |   |
| 入学年月   | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和  | 年     | 月                                     | 卒業年月 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 |
| 学籍番号   | <small>※不明な場合は空欄で構いません。</small>  |       |                                       |      |   |
| 卒業学校等  | <input type="checkbox"/> 新見公立大学 ( 学部 学科 )  |       |                                       |      |   |
|        | <input type="checkbox"/> 助産学専攻科 <input type="checkbox"/> 地域看護学専攻科  |       |                                       |      |   |
|        | <input type="checkbox"/> 大学院 ( 研究科 専攻 課程 )   |       |                                       |      |   |
|        | <input type="checkbox"/> 新見公立短期大学 ( 学科 )   |       |                                       |      |   |
|        | <input type="checkbox"/> 新見女子短期大学 ( 学科 )   |       |                                       |      |   |
| 使用の目的  | <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 免許申請 <input type="checkbox"/> 奨学金 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                      |       |                                       |      |   |
| 証明書提出先 |  |       |                                       |      |   |

証明書種別・部数等 (□の欄には✓を記入してください)

| 証 明 書 種 別  | 部 数 | 単 価  | 金 額 | 備 考 |
|--|-----|------|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> 卒業(修了)証明書                 | 部   | 300円 | 円   |     |
| <input type="checkbox"/> 成績証明書                     | 部   | 300円 | 円   |     |
| <input type="checkbox"/> 単位修得証明書                   | 部   | 300円 | 円   |     |
| <input type="checkbox"/> 指定保育士養成施設卒業証明書            | 部   | 300円 | 円   |     |
| <input type="checkbox"/> 介護福祉士登録資格証明書              | 部   | 300円 | 円   |     |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格証明書             | 部   | 300円 | 円   |     |
| ★ <input type="checkbox"/> 保母資格証明書                 | 部   | 300円 | 円   |     |
| ★ <input type="checkbox"/> 学力に関する証明書<br>免許状の種類 ( ) | 部   | 300円 | 円   |     |
| ★ <input type="checkbox"/> その他 ( )                 | 部   | 300円 | 円   |     |

- 注) 1. ★印の証明書等をお申し込みの場合は、お手数ですが事前に学生課(TEL:0867-72-0634)までお電話ください。  
 2. この申請書に記載された個人情報、証明書発行手続きを行うために利用するものであり、他の目的で利用又は提供することはありません。  
 3. 証明書の種別によっては、発行までに日数を要することがあります。日程に余裕をもって申請してください。  
 4. 卒業時と住所氏名が変更になっている場合は、上記内容を同窓生登録情報へ登録させていただいてよろしいですか。( はい ・ いいえ )

※大学使用欄 (記載しないでください)

|     |    |    |       |           |       |
|-----|----|----|-------|-----------|-------|
| 受付日 |    | 窓口 | 年 月 日 | 手数料       | 円     |
|     | 交付 | 郵送 | 年 月 日 | 同窓生登録情報変更 | 年 月 日 |