

※公印承認	※室長	※課長	※学部担当者	※起案者	※申請者受付番号	※備考

各種証明書等交付願

※申請書受付番号
※交付予定日 年 月 日

岩手県立衛生学院学籍保管者
岩手県立大学長 様

	申請日	令和	年	月	日
ふりがな 氏名	生年月日	大・昭・平	年	月	日
卒業学科等	学科	卒業年月	昭・平	年	月
卒業時の 姓名	変更無し・有り（旧姓名 ）				
受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送（返信用封筒を添付すること） <input type="checkbox"/> 代理人（委任状を用意すること）				
送付先 (郵送の場合)	〒	連絡先	Tel	() (日中連絡の取れる番号をご記入ください)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 奨学金 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
厳封	（ 全て厳封・一部厳封・不要 ） 厳封についての指示 記入例：成績証明書1通のみ厳封 (指示なき場合は厳封しません)				

		※発行年月日
		※ 年 月 日
証明書の種類	必要通数	※発行番号
卒業証明書	通	— ~
成績証明書	通	— ~
証明書	通	— ~
証明書	通	— ~
	通	— ~

備考 ※の欄は記入しないこと。