

証 明 書 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

大分県立看護科学大学長 殿

住所
申請者
氏名

下記の証明書の交付を申請します。

記

○ 証明対象者

ふりがな 氏名(旧姓)	()	生年月日	昭和 平成 年 月 日
卒業期 卒業年月	看護学部・大学院 第 期 年 月	学籍番号	
住 所			
電話番号	() -	日中連絡先	

○ 証明書の種類等

種 類	必要数	厳封	使用目的・提出先
卒業証明書	通	有 無	
成績証明書	通	有 無	
保健師・助産師・看護師国家試験受験写真用台紙の証明	通	有 無	国家試験受験
修業証明書（看護師）	通	有 無	国家試験受験
修業証明書（保健師・助産師）	通	有 無	国家試験受験

※ 該当する項目を○で囲むこと。
(注) 改姓した場合は、改姓届(第2号様式)に戸籍抄本を添付して、この申請書と同時に提出してください。

() 改姓届提出済み

※ 手数料添付欄（大学が使用）

(郵便為替は貼らないでください。)