

送付先：〒370-0045 群馬県高崎市東町 28-1 専門学校高崎福祉医療カレッジ通信教育部

通信課程（様式2）

証明書交付申請書

申請日 平成 年 月 日

専門学校高崎福祉医療カレッジ
通信教育部 御中

下記の証明書の交付を申請します。

学籍番号		所属	<input type="checkbox"/> 社会福祉士科	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士科
			<input type="checkbox"/> 一般養成課程	<input type="checkbox"/> 短期養成課程
フリガナ 氏名			生年月日	
			年 月 日 生	
現住所	〒 ー		TEL	
送付先 (現住所と異なる場合)	〒 ー		TEL	

交付請求する証明書（郵便小為替を同封すること）

証明書の種類	数量	交付料	交付料計
1 在籍証明書	通	500円	円
2 修了見込証明書	通	500円	円
3	通	500円	円
合計	通	ー	円

【使用目的等】

※交付料分の郵便小為替と返信用封筒（封筒サイズに合わせた切手を貼ったもの）を必ず同封してください。
また、第4種郵便では送れません。

※通信教育部処理欄

受付担当者	通信教育部受理日	発送日
	年 月 日	年 月 日