

送付先：〒370-0829 群馬県高崎市高松町 14-2 専門学校高崎福祉医療カレッジ通信教育部

TEL：050-3777-7573 FAX:050-3737-4049

※コピーして使用してください。

通信課程（様式2-1）

証明書交付申請書（在学生用）※2021年度以降入学者用

申請日 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

証明書の種類		数 量	交 付 料
1	在籍証明書	通	在籍期間中の証明書発行については、 <u>証明書交付料は不要です</u> 。申請書のみ、 郵送もしくはFAXでご提出ください。
2	修了見込証明書	通	
3		通	
合計		通	_____
【使用目的等】			

※この申請書は**第四種郵便では送れません**。

※証明書はキャンパス窓口での発行はできません。発行後、お手元に届くまで**1~2週間ほどの期間を要します**ので、
早めにご申請ください。

※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