

# 証明書交付申請書

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

所 属 保健医療学研究科( 専攻)  
助産学専攻科  
保健医療学部( 学科)  
学 年 年  
学籍番号  
氏 名  
(生年月日 年 月 日)

次の証明書の交付をお願いします。

証明書の種類等 (必要な証明書の番号に○印 を付け、必要通数を記入する こと。)	1 在学証明書 通	
	2 成績証明書 通	
使用目的	3 卒業・修了証明書 通 計 通	
	4 卒業・修了見込証明書 通	
	5 その他の証明書 通 (推薦状・紹介状・健康診断原本証明書・ )	
提出先	名 称	
	所在地	

注 進学・就職に使用する場合は、指導教員のサインをもらうこと。

指導教員	
------	--