（様式 9）　　厚生労働省認可通信教育

証明書交付願

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校
精神保健福祉士短期養成通信課程御中

令和　　年　　月　　日
学籍番号
精神保健福祉士短期養成通信課程
氏名　　㊞

下記のとおり、証明書の発行をお願いいたします。

記

現住所 （送付先）	〒 TEL			
証明書の種類	発行数	手数料	計	使用目的
修了証明書		200 円		
修了見込証明書		200 円		
成績証明書		200 円		
在籍証明書		200 円		
学生証再発行		500 円		
その他 （　　）				
計				※
〈通信欄〉				