（様式 8）　　厚生労働省認可通信教育

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校
校長　鈴木　賢二　様

証明書交付願

年　　月　　日

学籍番号

氏名　　㊞

下記の通り、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〉				

※同額分の切手を同封すること。