

(様式第 1 1 号)

証明書等交付願

令和 年 月 日

青森県立保健大学長 殿

氏名	(旧姓)	学籍番号	学年	年
所属	<input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 社会福祉学科 <input type="checkbox"/> 栄養学科 <input type="checkbox"/> 博士前期課程 <input type="checkbox"/> 博士後期課程			
連絡先	※卒業生のみ記入してください。			
住所	〒 -			
電話番号	- -			

次の証明書（推薦書）の交付をお願いします。

証明書の種類	交付数	厳封※	厳封方法について	
在学証明書	部	/	まとめて厳封等の希望があれば記入してください。 (基本1部ずつ厳封)	
健康診断証明書	部			<input type="checkbox"/> する
成績証明書	部			<input type="checkbox"/> する
卒業（見込）証明書	部			<input type="checkbox"/> する
修了（見込）証明書	部			<input type="checkbox"/> する
単位修得証明書	部			<input type="checkbox"/> する
抗体価検査結果及び予防接種証明書	部			<input type="checkbox"/> する
証明書	部			<input type="checkbox"/> する
証明書	部			<input type="checkbox"/> する
就職推薦書	部			<input type="checkbox"/> する

※提出先の求めにより厳封が必要な場合はチェックを付けてください。記入のない場合は厳封しません。

使用目的	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 奨学金 <input type="checkbox"/> 扶養申請 <input type="checkbox"/> 実習 <input type="checkbox"/> 教育ローン申請 <input type="checkbox"/> その他 ( )
提出先	※提出先をすべて記載してください。

※大学使用欄

処理日	年 月 日	委任状 有・無
【本人確認】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> ( )	【代理人確認】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> ( )	
受取方法	<input type="checkbox"/> 本人渡し <input type="checkbox"/> 代理人渡し <input type="checkbox"/> 郵送	

(注) 氏名欄は、記名押印に代えて、署名することができる。