長野県収入証紙で納付の場合、貼付
（１通あたり 400 円）

オンライン決済の場合　　決 済 日【　　年　　月　　日】
整理番号【　　】

証　明　書　交　付　願

令和　　年　　月　　日

長野県公衆衛生専門学校長　様

郵便番号
住　　所
(ふりがな)
氏　　名　　印
（旧姓　　）

生年月日　　年　　月　　日生
電話番号　（　　）　　－

下記のとおり証明書を交付してください。

記

１　証明書の種類・必要枚数

＊　成績証明書　　通　　＊　単位修得証明書　　通
＊　卒業証明書　　通

２　学　科　名

保 健 師 学 科　（　　年３月卒業）
歯科衛生士学科　（　　年３月卒業）

３　使用目的等（簡単に記入）

¥諸証明¥卒業生証明書¥交付願