

収入証紙欄

証明書発行願

令和 年 月 日			
長崎県福祉保健部医療人材対策室長 様			
下記のとおり証明書の発行をお願いいたします。			
長崎県立佐世保看護学校			
平成 昭和 年 月 入学		平成 昭和 年 月 卒業	
氏名	ふりがな	生年 月日	平成 昭和 年 月 日生
	(旧姓)		
現住所	〒 電話番号 *携帯電話など、平日の昼間に連絡が取れる番号をご記入ください		
用途		提出先	
(代理申請の場合 代理申請者について記入) 1			
氏名		電話番号	
現住所			
証明書発行希望数			
成績証明書	和文	通	証明書
	英文 2	通	
卒業証明書	和文	通	(県記入欄) / 手数料 円 領収済を確認
	英文 2	通	

- 1 代理申請の場合は、証明対象者本人に県から確認をすることがあります。
- 2 英文による証明書発行の場合は、下欄にローマ字表記の氏名を明記してください。

--

- (備考)
- ・申請の際は、証明書各1通につき400円の手数料が必要です。
 - ・記載された個人情報、証明書発行手続きのために利用します。