

長野県収入証紙で納付  
の場合、貼付  
(一通当り 400 円)

# 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 ( ) ー

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)