（様式第７号の２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 証明書交付願年　　　月　　　日神奈川県立保健福祉大学長 様卒業した学校　　　　　　　　　　  　　　　　　　　　　　課程／学科　　　 　 　　　　　　　　コース 年　　月（ 　　年度）卒業(ふりがな)　氏　名 　 　 　（旧姓　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証明書の種類 |  | 計　　通 |
| 使用目的 |  |
| 提出先 |  |
| 提出先所在地 |  |
| その他必要な事項 |  |

生年月日　 　 年 　 月　　日次の証明書を交付願います。　　　　　　　　 電話番号　　　　　　　　　　　 　　 |

(記入上の注意)

１　申請には「証明書交付願」、「本人確認書類のコピー」、「手数料」、「返信用封筒」が必要です。

２　卒業生は、手数料が１通につき400円（現金または定額小為替）必要になります。