（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。