

証明書交付願

学校法人 RWFグループ
四国中央医療福祉総合学院長 殿

提出日 平成 年 月 日

該当学科名の□にレ点をつけてください

学科・ 講座名	<input type="checkbox"/> 社会福祉学科（通信制）	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者養成科（通学制）	
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉学科 一般養成課程（通信制）	<input type="checkbox"/> 訪問介護員2級課程（通学制）	
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉学科 短期養成課程（通信制）	<input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修（通学制）	
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士実務者養成科（通信制）	<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修（通学制）	
就学年度	※平成 年	修了年度	※平成 年
学籍番号	※	氏名	④
送付先 住所	〒 -		

※分かる方はご記入ください。

交付希望証明書（1通につき500円）

- ・修了証明書 _____通
- ・学業成績証明書 _____通

（訪問介護員2級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修の学業成績証明書は発行していません。）

（注）1. 手数料納付については、郵便定額小為替にてお願いします。

郵便定額小為替には何も記入しないで送付してください。

2. 郵送用封筒（角形2号、宛名記入、120円切手貼付）を同封してください。
3. 交付願到着後、発送までに一週間ほど要する場合があります。余裕をもって提出ください。

領収印

契 印

領 収 書

平成 年 月 日

氏名 様

¥ _____
(但し 証明書× 通)

領収印

四国中央医療福祉総合学院