

# 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 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(通信課程)			<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(通信課程)<一般養成課程>			<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(通信課程)<短期養成課程>			<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 ※	西暦 年	学籍番号 ※		生年月日	年 月 日	
修了年度 ※	西暦 年	氏 名	【旧姓名】 *修了時と氏名が異なる場合のみ記入 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>			
送付先 住 所	〒 —					

※ 就学年度・修了年度・学籍番号は、分かる範囲で記入してください。

発行希望証明書（手数料：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の発行はできません)
- その他 ( ) 通 合計 通 円

(注) 1. 手数料については、郵送の場合、郵便定額小為替または郵便普通為替にてお願いします。

※郵便定額小為替と郵便普通為替には何も記入しないで送付してください。

※本学窓口で手続きの場合、現金で差し支えありません。

- 返送用封筒（角形2号サイズをご用意ください・宛名記入・切手貼付 [2通まで50g以内]）を同封してください。
- 交付願到着後、交付までに1週間ほど要する場合があります。余裕をもって提出してください。

領収印



## 領 収 書

年 月 日

氏名 様

領収印

¥  
(但し 証明書× 通)

四国中央医療福祉総合学院