

証 明 書 発 行 申 請 書

事務長	担 当

秋田県立大館桂桜高等学校長  
 次のとおり証明書を発行してください。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		フリガナ	
氏 名		旧 姓	
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	卒業年月	昭和 平成 年 3月
卒 業 高 校	高 校	課 程	全 日 制 ・ 定 時 制
学 科	科	学 年 ・ 組	年 組
現 住 所	〒 -		
日中連絡先	携帯電話 ・ 自 宅 ・ 勤 務 先 : - -		
種 類 ・ 部 数	<input type="checkbox"/> 卒業証明書	部	<input type="checkbox"/> 英文
	<input type="checkbox"/> 在学証明書	部	<input type="checkbox"/> 英文
	<input type="checkbox"/> 卒業見込証明書	部	<input type="checkbox"/> 英文
	<input type="checkbox"/> 調査書	部	<input type="checkbox"/> 英文
	<input type="checkbox"/> 成績証明書	部	<input type="checkbox"/> 英文
	<input type="checkbox"/> 単位修得証明書	部	<input type="checkbox"/> 英文
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	部	<input type="checkbox"/> 英文
※英文を希望する方は、英文欄にチェックしてください。			
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 受 験 <input type="checkbox"/> 資 格 取 得 <input type="checkbox"/> 就 職 <input type="checkbox"/> そ の 他 ( )		
提 出 先			
受 取 方 法	<input type="checkbox"/> 郵 送 <input type="checkbox"/> 事 務 室 (来校 月 日 時頃)		
受 取 人	来校の場合の受取人 <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 代 理 人 ( )		
そ の 他	英文を希望の場合は、パスポート上のアルファベット表記氏名を記載してください。 _____		

- ※1 太枠内のみ記入してください。
- ※2 郵送で申請する場合は、現住所と氏名を記入し切手を貼った返信用封筒を同封してください。
- ※3 受取人の確認をするため、身分を証明する書類（運転免許証、健康保険等）をお持ちください。

受取人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
発行番号 ・ 契 印		卒業年月日	昭和 平成 年 月 日
		発 行 日	年 月 日
		交 付 ・ 発 送 日	年 月 日