

年 月 日

京都医療福祉専門学校長殿

学科（精神保健福祉・社会福祉士）科
課程（短期・一般）養成課程

※どちらかに○印

学籍番号

氏 名

生年月日

卒業（見込）証明書発行願

下記の事由により卒業（見込）証明書の発行を
お願いします。

事 由

必要部数

部