

# 証明書交付願

平成 年 月 日

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会会長 様

第\_\_期生

氏 名 \_\_\_\_\_

卒業時の氏名 \_\_\_\_\_

卒業年月（昭和・平成）\_\_\_\_年3月卒業

（昭和・平成）\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生

下記の証明書を交付くださるようお願いいたします。

## 記

種 別	交付数
卒業証明書	通
成績証明書	通

○必要理由

○提出先（正式名称）

○卒業生の連絡先電話番号（自宅・携帯電話・職場）

TEL

○卒業生の現住所

〒

※本書に記載された個人情報は証明書発行事務にのみ使用されます。