

証明書発行願【卒業生用】

申請日： 年 月 日

卒業学校名	<input type="checkbox"/> 日本医療科学大学 <input type="checkbox"/> 城西医療技術専門学校			
在学時情報	学籍番号	※不明の場合は記入不要		
	学科・専攻	<input type="checkbox"/> 診療放射線学科 <input type="checkbox"/> 理学療法学専攻（理学療法学科） <input type="checkbox"/> 作業療法学専攻（作業療法学科） <input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 臨床工学科		
	氏名	フリガナ		
生年月日	(<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R) 年 月 日			
卒業年月(西暦)	年 月 日			
連絡先	電話番号			
	E - M A I L	@		
証明書の種類	卒業証明書	通	単位修得等証明書	通
	成績証明書	通	その他()	通
必要な理由	<input type="checkbox"/> 就職・転職活動 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> 資格試験 <input type="checkbox"/> 国家試験用 <input type="checkbox"/> その他 ()			
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 学生課の窓口(来学予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 郵送希望(郵送先の記入必須)			
(郵送希望を選択した方のみ)				
現住所(郵送先)	〒 都・道 府・県			
【その他の注意事項等】				
●発行願送付時の同封物 ①定額小為替証書 200 円分×通数分 ②180 円分の切手(速達希望の場合は速達料金を足した分の切手) ③写真付きの身分証明書のコピー		●証明書発行に関する連絡先・郵送先 〒350-0435 埼玉県入間郡毛呂山町下川原 1276 日本医療科学大学 大学事務局 学生課 T E L : 049-299-5615 受付時間：平日 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)		

【大学記入欄】

担当職員 ⑥ ☐郵送 ☐窓口発行

受付日	20 年 月 日	発行日	20 年 月 日	領収日	20 年 月 日
納入額	但し 証明書 通分	円	備考：		
-----キ-リ-ト-リ-----印-----					
受領書	但し 証明書 通分	円	20 年 月 日	申込者氏名	
上記金額受領いたしました			日本医療科学大学 印		