

日本医歯薬専門学校
 学校長 須田 英明 殿

証明書発行願

		年 月 日	
学科 部	学籍番号	—	氏名
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
在学証明書 (300円)		通	証明書金額分の現金同封の上、 現金書留 で郵送してください。
卒業証明書 (300円)		通	
卒業見込証明書 (300円)		通	
健康診断証明書 (500円)		通	
成績証明書 (500円)		通	
推薦書 (500円)		通	
合計金額		円	
受取方法 <input type="checkbox"/> 郵送 ・ 学校窓口 <input type="checkbox"/> 郵送先住所： <small>(希望する方に○)</small>			

上記金額を領収いたしました。

日本医歯薬専門学校 学生受付 印

証明書の用途 (○をする) ◎就職受験用の場合は下記太線枠内を記入のこと。

1. 就職受験用		2. 健康保険用		3. その他 ()	
受験先名					学科長印
所在地					
受験予定日	年	月	日	※ 学校記入欄 書類交付日	月 日

《申請時の注意》

- ※ 発行手数料分の現金を同封し、**現金書留で郵送**してください。
- ※ 各種証明書の手続き日数は、学生便覧を参照のこと。(土・日・祝日は含まない)
- ※ 本人確認のため**学生証のコピーを同封**してください。
- ※ 郵送での受け取りを希望する場合、郵送(普通郵便)で送ります。受取方法を希望する方に○をし、郵送希望の場合は郵送先住所を記入し、**120円分の切手を同封**すること。