

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-MAIL	@	
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"/> その他() ※国家試験で使用する場合、この申請書は使えません。		
受け取り方法	<input type="checkbox"/> 学生課の窓口(来学予定日 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		●証明書発行に関する連絡先・郵送先	
①定額小為替証書 200 円分×通数分		〒350-0435 埼玉県入間郡毛呂山町下川原 1276	
②140 円分の切手(速達希望時の場合は 290 円を足して 430 円の切手)		日本医療科学大学 大学事務局 学生課	
③写真付きの身分証明書のコピー		TEL : 049-294-9000	
		受付時間：平日 9:00～17:00(土・日・祝日を除く)	

【大学記入欄】

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	