

(様式-1)

証明書交付願

年 月 日

札幌医学技術福祉歯科専門学校
看護科2年課程(通信制) 校長 様

この度、次の交付を願い出いたします。

学籍番号		氏名	印
生年月日	年 月 日生		
現住所	郵便番号	電話番号	() -
使用目的	1. 受験申請のため 2. 就職のため 3. その他 ()		

交付物の名称	単価	数量	交付手数料
在学証明書	500		
成績証明書	1,000		
卒業見込み証明書	500		
卒業証明書	500		
単位取得証明書	500		
学生証(再発行)	500		
交付手数料合計			

(交付願い出に当たっての注意事項)

- ① 交付手数料は交付願い出時に納入
- ② 返信用封筒(長3 23.4cm×横12.0cm)に郵便番号、住所、氏名を明記して、244円切手を貼付して同封する。
(学校から特定記録郵便で返送します)
- ③ 学生証再発行の場合
 - ・ 学生証用の縦3cm×横2.3cmの写真を同封(無背景、裏面に学籍番号、氏名を記入)
 - ・ 紛失以外は、学生証を返却(同封)すること。

■ 窓口での受付時間は、9:00～17:00(土・日・祝日・学園の休業日を除く) ※窓口受付のみ現金可。

■ 証明書発行を郵送で希望する場合は「証明書交付申願」に必要事項を記入し、
交付手数料分の小為替と返信用封筒(宛名明記・244円切手を貼付)を同封し、郵送すること。

(学校使用欄)

副校長	交付年月日	発行者印	受付日

出納印

出納印
