

(様式-1)

証明書交付願

令和 年 月 日

札幌医学技術福祉歯科専門学校長 様

この度、次の交付を願い出いたします。

学籍番号		氏 名	
卒業年月日	年 月	(在籍時氏名)	(旧姓:)
生年月日	年 月 日	生	
現住所	〒 - TEL: () -		
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	500		
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		
その他 (出席証明など公印が必要な場合)	500		
交付手数料合計			

<交付願い出に当たっての注意事項>

- ① 各証明書交付の手料金は、交付願出時に**定額小為替で納入**すること
- ② 返信用封筒(長3 23.4cm×12.0cm)に郵便番号、住所、氏名を明記して、**320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 本校書式以外でも手数料がかかります
- ④ **学生証再発行の場合**
古い学生証は返却(同封)すること
- ⑤ **卒業生の方へ**
公的な身分証明書(運転免許証・健康保険証等)の提示
※ 郵送の場合はコピー可

■ 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、**交付手数料分の定額小為替と返信用封筒**(宛名明記・**320円切手**を貼付)を同封し、郵送すること。

(学校使用欄)

統括部長	交付年月日	発行者印	受付日

出納印