（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

下記のとおり、証明書を交付願います。

学籍番号		氏　　名 （在籍時氏名）	
入学年月	年　　月		（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			

＜交付願いに当たり注意事項＞

① 各証明書交付の手数料は、交付願出時に**定額小為替又は切手で納入**すること

② 返信用封筒（長3　23.4㎝×12.0㎝）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又は切手と**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）

発行年月日	発行者印

出納印