

学生証再発行願

写 真
(縦 3cm×
横 2.4cm)
無背景
クリップ留め

札幌医学技術福祉歯科専門学校
社会福祉士通信課程 御中

平成 年 月 日

下記の理由により、学生証の再発行をお願いします。

学 籍 番 号		氏 名 (自 署)	
生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日 (歳)
現 住 所	〒 — TEL () —		
理 由	1. 紛失 2. 破損 3. その他(下記に具体的に記入)		
再発行手数料	500円 (500円分の定額小為替を同封してください。現金不可)		
【注意】 ①宛先を明記し、切手 242円分を貼付した返信用の長3封筒を同封すること。(特定記録郵便) ②学生証用写真を同封すること。 ③破損による再発行は、破損した学生証を同封すること。			

※以下は、記入不要です。

発行日	平成 年 月 日	学科長	発行者印	領収印
(学校使用欄)				

※この用紙はコピーをとって使用してください