

# 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  
社会福祉士通信課程 御中

下記のとおり、証明書を交付願います。

学籍番号		氏名 (自署)			
生年月日	年 月 日	( 歳)			
入学・修了 等の期日	年 月 日	入学			
	年 月 日	在学中・修了			
現住所	〒	—	TEL ( ) —		
証明書名	単価	数量	証明書名	単価	数量
成績証明書	500		その他 ( )		
卒業証明書	500		使用目的を記入してください。		
卒業見込証明書	500				
在学証明書	500		手数料合計		円
【注意】					
①発行手数料分の定額小為替を同封すること。(現金不可)					
②宛先を明記し、切手 <b>320</b> 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)					
※1回に交付できる証明書の枚数は4枚までです。 <del>注)令和6年10月頃、270円に改定予定</del>					

※以下は、記入不要です。

(学校使用欄)	主任	発行者印	領収印

※この用紙はコピーをとって使用してください