

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320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。					

※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