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 （在籍時氏名）	
入学年月	年　　月		（旧姓：　　）
生年月日	年　　月　　日　生（　　歳）		
現住所	〒　　－ TEL:（　　）　　－		
使用目的	※使用目的を記入してください。		

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		
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			円

＜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**定額小為替または切手**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**して同封すること
（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

■ 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。

（学校使用欄）

発行年月日	発行者印

出納印

※この用紙はコピーをとって使用してください

ＳＷＴ１１