

証明書申込書

北海道医学技術専門学校長 様

※太枠内を記入

	申込日	令和	年	月	日	
ふりがな					印	性別
氏名	[^{ふりがな} 在籍中の氏名]					男・女
生年月日	昭和・平成		年	月	日生〔才〕	
入学	昭和・平成・令和		年	月	入学	
卒業	昭和・平成・令和		年	月	卒業	
現住所	〒 —					
日中の連絡が可能な電話番号						
使用目的						
提出先						

種類	申込数	証明手数料(1通)	料金	発行番号
卒業証明書	通	500円	円	
成績証明書	通	500円	円	
	通	500円	円	
	通	500円	円	
	通	500円	円	
合計	通		円	

窓口受取を希望 郵送を希望

本人チェック欄

- 本人であることを確認できるもの【郵送で申し込む場合はコピー】
- 証明手数料【郵送で申し込む場合は郵便定額小為替】
- 返信用封筒(郵便切手貼付)【郵送を希望する場合】
- 提出先で定める様式がある場合はその用紙
- 代理人が申し込む場合、委任状
- 代理人が申し込む場合、代理人であることを確認できるもの【郵送で申し込む場合はコピー】
- 代理人が申し込む場合、本人であることを確認できるもののコピー

受付	領収	発行