

(様式 1)

証明書交付願

令和 年 月 日

メディカル・カレッジ青照館 学校長 様

P T ・ O T ・ S T 学科 第 学年

学籍番号

氏名



生年月日 昭和・平成 年 月 日生

下記の証明書の発行を 月 日までにお願いします。
(注：証明手数料を納付のこと)

・使用目的：

・提出先：

記

※ 証明書の種類

・在学証明書	100円	(通)
・卒業証明書	100円	(通)
・卒業見込証明書	100円	(通)
・成績証明書	100円	(通)
・推薦書	100円	(通)
・健康診断書(写し)	100円	(通)
・受験票再発行	300円	(通)
・仮学生証発行	300円	(通)
・その他 ()		(通)

証明書手数料 合計 _____ 円

- 注) 1. 必要な証明書の種類を○で囲むこと。
2. () 内は、必要事項記入のこと。