

証明書交付申請書

申請日 年 月 日

該当の所属に ○をつける。	医、薬(生薬)、視能、看護、放射、臨床、救命 学科(コース) 医学、薬学、医療技術学、公衆衛生学 研究科 助産学 専攻科 放射線学校 (2007.3.31 閉校)		
卒業(退学)年月	西暦	年	月 日 学籍番号
スペル(英文)			
フリガナ			
氏名	男・女		
生年月日	西暦	年	月 日 日生
使用目的(必須)	※使用目的が『国家試験出願』の場合は右のチェック欄に✓を記入 ⇒ <input type="checkbox"/>		
連絡先住所	〒 —		
連絡先電話番号	TEL		
証明書の種類	手数料/通	申請通数	計
成績証明書(学部)	和文 200 円 英文 500 円	和文 通 英文 通	円
成績証明書(専攻科・大学院)	和文 200 円 英文 500 円	和文 通 英文 通	円
卒業証明書(学部)	和文 100 円 英文 300 円	和文 通 英文 通	円
修了証明書(専攻科・大学院)	和文 100 円 英文 300 円	和文 通 英文 通	円
成績証明書(放射線学校)	和文 500 円	和文 通	円
卒業証明書(放射線学校)	和文 300 円	和文 通	円
上記以外 [_____ 証明書]	円	通	円
英文証明書の発行については余裕を もってお申し込みください。	合計	通	(A) 円

<手数料、返信用切手代確認欄>

同封した証明書代金(郵便小為替)の金額(A)	円
同封した返信送料分の切手の額 ※3通まで140円、7通まで180円	切手 円
速達希望の場合は300円分の切手を追加	速達希望の有無・・・有・無
同封した返信用封筒(大学側から発送する際に使用)	封筒:角2サイズ、必ず送付先を記入
同封した身分証明書のコピー(○・記入)	運転免許証・パスポート・健康保険証 その他()
窓口受取 の場合	希望日 年 月 日() ※(月)~(金)8:45~16:45、(土)8:45~12:00 日曜祝祭日(一部土曜)不可