

証明書交付申請書

専門学校 東京医療学院

申請日 年 月 日

フリガナ					
氏名					
生年月日	T・S・H 年(19) 月 日生				
卒業学科 ○印をつけてください	理学療法学科(昼) 作業療法学科(昼)		理学療法学科(夜) 作業療法学科(夜)		
学生番号					※不明の場合は記入不要
入学年	年 4月 入学				
卒業年	年 月 卒業				
現住所 (証明書送付先を下記欄に必ずご記入ください)	〒 - ※日中の連絡先 電話: () 携帯: ()				
提出先					
使用目的					

申込証明書 (1 通 500円)

発行番号	証明書種類	通数	金額
	在学証明書	通	円
	卒業見込証明書	通	円
	成績証明書	通	円
	卒業証明書	通	円
	健康診断証明書	通	無料
	合計	通	円

【注意事項】

- ※ 証明書の作成・郵送にあたり上記「日中連絡先」に対しお問い合わせする場合があります。
- ※ 下記の『証明書送付先住所・氏名欄』は必ずご記入ください。この宛先を封筒に貼付し、返信させていただきます。

----- きりとり線 -----

証明書送付先住所・氏名記入欄(※記入必須)

送付先	〒 - 住所 氏名 様
-----	--