

証明書交付願

_____年_____月_____日申込

ふりがな

ローマ字氏名(英文申請者のみ)

氏名 _____ 旧姓(_____)

生年月日 昭和・平成 _____ 年(西暦 _____ 年) _____ 月 _____ 日

用途 _____

住所(送付先) 〒 _____

第_____回生

・在学生 … _____ 学年

・卒業生 … S・H・R _____ 年3月卒業

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

※昭和大学勤務の場合 旗の台・東・藤が丘・リハビリ・北部・江東豊洲・烏山・歯科(_____)病棟 内線(_____)

各種証明書	(代金)	申込数	金額	交付日	備考 ※○で囲んでください。 未記入時は和文を発行します。
成績証明書	(和文500円) (英文1000円)	通	円	2週間後	和文 ・ 英文
卒業証明書	(和文300円) (英文1000円)	通	円	//	和文 ・ 英文
その他(_____)	(和文500円) (英文1000円)	通	円	-	
証明書料合計			通	円	
厳封の有無 ※未記入時は、厳封しません。		する ・ しない ※複数枚申し込み、それぞれ厳封が必要な場合は、欄外にわかるようにご記入ください。			

【受け取り方法】(○で選んでください。)

・事務室窓口にて手渡し

・郵送:角2封筒(定形外140円^{※1}(50g)切手貼付) 速達の場合、速達料金貼付 現金 ・ 小為替

※1ただし4通以上交付の場合は、定形外180円(100g)切手を貼付 ※2返信用封筒として、レターパックの同封も可能です。
郵便料金は変更の場合があるので、送料の不足がないようお調べください。その他事務室にお問い合わせ下さい。

合計 金額 受領	証明書料	円
	合計	円

領収書

殿

成績証明書 _____ 通 _____ 円

卒業証明書 _____ 通 _____ 円

その他(_____) _____ 通 _____ 円 合計 金 _____ 円也

領収印

上記の通り領収いたしました

《昭和医科大学附属看護専門学校 事務課(03-3784-8097)》