証明書発行願【卒業生用】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 卒業学校名 | □日本医療科学大学　　□城西医療技術専門学校 | | | | |
| 在学時情報 | 学籍番号 | ※不明の場合は記入不要 | | | |
| 学科・専攻 | □診療放射線学科 □理学療法学専攻（理学療法学科）  □作業療法学専攻（作業療法学科）  □看護学科 □臨床工学科 | | | |
| 氏名 | フリガナ | | | |
|  | | | |
| 生年月日 | （　□Ｓ　□Ｈ　□Ｒ　）　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| 卒業年月(西暦) | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | |
| Ｅ－ＭＡＩＬ | ＠ | | | |
| 証明書の種類 | 卒業証明書 | | 通 | 単位修得等証明書 | 通 |
| 成績証明書 | | 通 | その他(　　　　　　　　　　　　　) | 通 |
| 必要な理由 | □就職・転職活動　□進学　□資格試験　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ※国家試験で使用する場合、この申請書は使えません。 | | | | |
| 受け取り方法 | □学生課の窓口(来学予定日　　　月　　日　)　　□郵送希望(郵送先の記入必須) | | | | |
| (郵送希望を選択した方のみ) | | | | | |
| 現住所(郵送先) | 〒  都・道  府・県 | | | | |
| 【その他の注意事項等】 | | | | | |
| ●発行願送付時の同封物  ①定額小為替証書200円分×通数分  ②140円分の切手(速達希望の場合は速達料金を足した分の切手)  ③写真付きの身分証明書のコピー | | ●証明書発行に関する連絡先・郵送先  〒350-0435　埼玉県入間郡毛呂山町下川原1276  日本医療科学大学　大学事務局　学生課  ＴＥＬ：049-299-5615  受付時間：平日9:00～17:00(土・日・祝日を除く) | | | |

【大学記入欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 20 年　 　月　　 日 | 発行日 | 20 年　 　月　　 　日 | 領収日 | 20 年　 　月　　 日 |
| 納入額 | 但し　証明書　　　通分 | 円 | 備考： | | |
| - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -キ - リ - ト - リ - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - 印- - - - | | | | | |
| 受領書 | 但し　証明書　　　通分 | 円 | 20 年　 　月　　　 日 | 申込者氏名 | |
| 上記金額受領いたしました　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日本医療科学大学　　　印 | | | | | |