

事務長		係

証明書交付願（卒業生用）

令和 年 月 日

長崎医療技術専門学校長 様

氏名 印 (旧姓)

生年月日 昭和・平成 年 月 日

現住所 〒

電話番号

卒業年月 平成・令和 年 3月 学科 卒業

下記のとおり交付して下さるようお願いいたします。

記

1. 証明書の種類と通数

太枠部を記入してください

		1通あたり 代金	発行番号	発行年月日			
卒業証明書	通	200円		令和	年	月	日
成績証明書	通	200円		令和	年	月	日
その他()	通	円		令和	年	月	日

2. 提出先

3. 用 途

郵送による申請の場合、以下を同封のうえ下記あてに送付してください。

① 証明書代金
1通につき200円の手数料がかかります。
申請通数分の定額小為替を同封してください。

② 返信用定型封筒
住所氏名を記入のうえ、返信用切手84円を貼付してください。

③ 本人確認書類の写し
本人による手続きであることを確認するため、運転免許証や保険証など
公的機関の発行した書類の写しを同封してください。

送付先 〒850-0822 長崎市愛宕1丁目36番59号
長崎医療技術専門学校 証明書発行係