

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 \_\_\_\_\_ (旧姓 \_\_\_\_\_ )

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

現住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

卒業年月 \_\_\_\_\_ 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

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 (長形3号)

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通以上の場合は94円)

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