

証明書交付願

申請日 年 月 日

長野医療衛生専門学校長 殿

西暦 年度入学 (学籍番号)

学科 [歯科衛生士学科・言語聴覚士学科・音楽療法士学科]

学年 [1年・2年・3年・4年・既卒]

氏名 印

住所

TEL

生年月日 昭和 平成 年 月 日生 (才)

次の証明書を交付願いたく手数料を添え申し込み致します。

■必要とする理由 (提出先)

■受取希望日 月 日 () 時

■必要証明書

項目	手数料	必要数	金額	発行日
在学証明書	1通 200円	通	円	1週間後
成績証明書	1通 200円	通	円	1週間後
卒業見込証明書	1通 200円	通	円	1週間後
卒業証明書	1通 200円	通	円	1週間後
健康診断記録	1通 10円	通	円	1週間後
通学証明書 (区間 —)	無料	通	0円	1週間後
(※郵送料) 合計	—	—	(※ 円) 円	

発行番号

担当者

手数料 済・未

受付者