

藤田学園医学技術専門学院
証 明 書 交 付 願

申 込 日 年 月 日

学校法人藤田学園 理事長様

氏 名 _____

生年月日 昭和 年 月 日

昭和

卒 業 平成 年 月 日

〒 _____ 電話 (_____) _____

本籍 都道

国籍 _____ 府県 現住所 _____

(使用目的・提出先) _____

のため、下記証明書を交付願います。

種 類	部数	手数料	金 額	※発行番号	備 考
卒 業 証 明 書	部	4 0 0			
学業成績証明書	部	5 0 0			
	部				
	部				
合 計	部		円		

(注) ※印は記入しないでください。

証明書交付は、電話で確認後手続きするようお願い致します。

電話連絡先 学校法人藤田学園 法人本部 総務人事部 総務課

(0 5 6 2) 9 3 - 2 8 0 0