

藤田学園医学技術専門学校
証明書交付願

年 月 日申込

学校法人藤田学園 理事長 様

西暦 年 月 入学・編入学

藤田学園医学技術専門学校 _____ 回生

西暦 年 月 卒業・退学

学籍番号 _____

フリガナ _____

氏名 _____ ⑩ 男・女

西暦 年 月 日生 (才)

本籍地 _____ 都・道・府・県

改姓前氏名 _____

英文(本籍地・国籍): _____

戸籍謄本(確認後、返却)の提出がない場合、
在籍時の氏名にて発行致します

〒 _____

現住所 _____

連絡先電話番号(_____ - _____)

使用目的 _____ のため、下記証明書を交付願います。

◎就職応募先に提出する場合は、応募先名 [_____] を記入のこと。

種類	申込数	1件につき 証明手数料	料金	*受領印	*証明書発行番号
卒業証明書	通	400円	円		No.
学業成績証明書	通	500円	円		No.
※ 英文 証明書	通	1,200円	円		No.
合計	通		円		

*印欄は藤田学園が記入

- ・交付は申込の翌日午後以降(休日の場合は翌々日)
- ・※印の証明書の交付は申込み日を含め7日後(休日は除く)
- ・本人確認ができるもの(自動車運転免許証、保険証など)を窓口で提示していただきます。郵送で申し込む場合は、本人確認ができるものの写しを同封してください。
- ・本証明書交付願に記載された氏名、住所、生年月日の個人情報は、証明書作成・発行に関すること以外には利用いたしません。

発行部署確認印				発行	領収確認	受付日