

証明書交付願(卒業生用)

申込日：平成 年 月 日

滋賀医療技術専門学校長 殿

PT・OT・NS 学科	卒業年月：平成 年 月卒業
フリガナ	
氏名(旧姓)：	印
生年月日：	昭和 年 月 日 平成
電話番号：	※連絡のとれる番号を記入してください。 TEL：
性別：	男 ・ 女

下記の書類が必要ですので交付してください。

記

1. 各種証明書の手数料一覧(希望するものに○印を付してください)

○印欄	証明書種類	必要数	交付日	手数料
	成績証明書	通	申込日より 3日後	300円 (郵送の場合は郵便 小為替300円分)
	卒業証明書	通		
	在籍期間証明書	通		
	その他 ()	通		

2. 用途()

3. 提出先()

4. 身分証明書(添付書類)

運転免許証 ・ 健康保険証 ・ パスポート ・ その他()

- ※ 用途・提出先については必ずご記入ください。
- ※ 氏名欄に押印を忘れないようにしてください。
- ※ 証明書の氏名については、卒業時の氏名で発行します。
- ※ ご本人確認のため、「運転免許証」・「健康保険証」・「パスポート」などのコピーの同封を忘れないようにしてください。
- ※ ご記入いただいた情報は、証明書の発行のために利用されます。

受付	作成者	受理日	交付日
☆	☆	☆	☆

☆印欄は、記入しないでください。