

証明書申込用紙

年 月 日

太枠内に記入してください

氏名				年 月 日生
入学	昭和・平成	年	月	入学
卒業	昭和・平成	年	月	卒業 (卒業生のみ記入)
学科	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師科 I 部 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師科 II 部	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士科 I 部 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士科 II 部	学籍番号	
住所	〒 _____ Tel (_____)			
用途				

証明書種別

成績証明書 通 (1通 500円)	卒業証明書 通 (1通 500円)	
在学証明書 通 (1通 500円)	その他 (_____) 通 (1通 500円)	
料 金	郵 送 料 (用意した返信用封筒に切手貼付け)	証明書代金合計 (郵送料含まず) _____ 円
500円 × 通	<input type="checkbox"/> 5通まで 120円	
※合計額を定額 小為替で封入	<input type="checkbox"/> 5通以上 140円	
	<input type="checkbox"/> 速達 プラス 290円	
備考	※ご希望などありましたらご記入下さい	

受付者		領収印		証明書番号	
-----	--	-----	--	-------	--

※ 発行は申請書到着日から3営業日後となりますので、必要期日の1週間前までにお申込み下さい。

送付先：〒130-0015 東京都墨田区横網 1-10-8 東京医学技術専門学校 証明書係