

証明書発行願い(卒業生用)

姫路歯科衛生専門学校 御中

下記のとおり証明書発行をお願いいたします。

申込み日	20 年 月 日	携帯番号等	- -
学校名	姫路歯科衛生専門学校	フリガナ	
課程	医療専門課程	氏名	㊞
学科	歯科衛生士学科		
生年月日	19 年 月 日	異動年月	年 月(卒業・退学等)
用途	該当項目に○をつけてください 1.就職活動 2.進学 3.資格取得・受験(資格名:) 4.ビザ申請 5.父母の職場への提出 6.その他()		
送付先住所	〒 - マンション名等も書いてください		
特記事項			

種類	金額	枚数
成績証明書	500円	枚
卒業証明書	500円	枚
その他・所定様式等	500円	枚
送料	370円	/
合計金額		円

送付ご希望の場合は、送料を含めた合計金額と本人及び本人の住所確認できるもの(免許証、保険証等)のコピーを同封の上、現金書留にてお送りください。