

山口コ・メディカル学院長 様

諸証明交付申請書 1 (卒業生用)

		申請日	年	月	日
氏名	(旧姓)	性別	男・女		
生年月日	昭和 平成	年	月	日	卒業年度 (ご記憶の場合) 平成 令和 年度
学科	学科		学籍番号 (ご記憶の場合)		
現住所	〒				
受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口 ・ <input type="checkbox"/> 郵送		連絡先 (TEL)		
郵送の場合	<input type="checkbox"/> 普通 (84 円) ・ <input type="checkbox"/> 速達 (84 円+290 円)		※郵送料と証明書代の切手を同封		
発送先住所 (現住所と異なる時)	〒				

※ 必要なものに☑を入れてください。

各証明書 1 通 ¥200

申請書類	部数	発行番号
成績証明書	通	証第 ~ 号
その他 ( )	通	証第 ~ 号
卒業証明書	通	証第 ~ 号
国家試験受験用 卒業証明書	通	証第 ~ 号
申請の理由	<国家試験受験の場合> ※必ずお書きください 本籍地 ( ) ・ 受験地 ( )	
	<就職関係の場合> 提出先 (施設名)	
	<その他>	

領 収 印

校長	事務長	事務担当