

# 卒業・退学生用証明書申込用紙

記入日 年 月 日

学部・学科	保健医療学部 看護学科
卒業年月	西暦 年 月 卒業・退学 (どちらかに○をつけてください。) (平成 年)
学籍番号	* 不明の方は記入していただくなくても結構です。
フリガナ	
氏名(卒業・退学時) (改姓者は新姓も記入)	* 証明書は卒業・退学時氏名での発行となります。
ローマ字氏名	* 英文証明書を申込の方は記入して下さい。
生年月日	西暦 年 月 日生 (昭和・平成 年)
日中連絡先(携帯等)	電話 ( ) (E-Mail アドレス )
返送先(住所・氏名)	〒 -

申込証明書の必要通数、金額を記入してください。

申込証明書	和文	英文
成績証明書 和文 200 円 英文 1,000 円	通	通
単位取得証明書 和文 200 円 英文 1,000 円	通	通
卒業証明書 和文 100 円 英文 500 円	通	通
申込総数	通	通
合計金額	円	

上記以外の証明書が必要な場合は下記までお問い合わせください。

問合せ先 日本保健医療大学 事務局 TEL:0480-40-4848(代表)

【受付時間 平日9:30~17:00】