

(この用紙を印刷・記入し、証明書発行手数料+送料分の切手+返信用封筒(長形3号=12cm×23cm以上のサイズ)とともに送ってください。)

送付先住所：〒001-0024 北海道札幌市北区北24条西6丁目2-10 北海道医薬専門学校 庶務課

証明書発行願

平成 年 月 日 届出

学 科 薬 業 医療事務 診療放射線 看 護

学籍番号 (不明の場合空欄可)

氏 名 生年月日 昭・平 年 月 日生

卒業・退学等年月 平成 年 月 (卒 業 ・ 退 学)

使用用途 就職活動 他 ()

証明書の送付先 (本人宛に限る)

〒
市
郡

電話番号 (携帯可能) Tel:

卒業証明書	通
成績証明書	通
単位修得証明書	通
() 証明書	通
() 証明書	通

①証明書	1通 300 () 通
②郵送料	普通便・速達便 () 円
合 計	①+② () 円 分切手

事務確認欄 (何も記入しないでください)

学校長	学科長	庶 務

領収	発送・受渡
	/