

(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

## 証明書発行願

.....年 月 日 届出

学 科  薬 業  医療事務  保 育  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.....年 月 日生

卒業・退学等年月 .....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 (携帯電話も可) 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)

校 長	学科長	事 務

領 収	発送・受渡
	/