

交付予定日： 月 日
(※学校側で記入致します)

局長	事務

証明書交付願

申込日
平成 年 月 日

小山歯科衛生士専門学校 学校長殿

下記の通り証明書の交付をお願い致します。

学校名	小山歯科衛生士専門学校						
学科名	歯科衛生学科 年次在学 / 年 月卒業						
学籍番号							
氏名							
生年月日	昭和・平成 年 月 日						
住所	〒						
連絡先 Tel	自宅 携帯電話						
受取方法 <small>選択して下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 郵送希望※簡易書留の為、送料別途 392 円～ <input type="checkbox"/> 学校受取						
交付理由							
提出先							
証明書の種類	料金	枚数	金額	証明書の種類	料金	枚数	金額
①在学証明書	300			⑤推薦書	500		
②卒業見込証明書	300			⑥卒業証明書	300		
③成績証明書	300			⑦その他			
④健康診断書	100						
交付手数料合計金額：					円		

*証明書の交付は交付願提出日から原則として3日後となります。(土・日・祝を除く)

*但し、郵送希望の方は別途日数がかかりますのでご注意ください。

(※学校側で記入致します)

領収書

様

《発行予定日：平成 年 月 日》

金額

切手

円

証明書発行手数料として上記の通り領収致しました。

学校法人 産業教育事業団
小山歯科衛生士専門学校

※窓口で直接手続きされた方のみ証明書の交付は本人確認の為、必ず領収書を持参してください。