

証 明 書 交 付 願

西暦 年 月 日

四国中央医療福祉総合学院長 殿

卒 業 年 度

在籍時所属学科

在籍時学籍番号

生 年 月 日

氏 名

印

下記の証明書の交付をお願いいたします。

種 類	数	種 類	数
卒業証明書		学業成績証明書	
その他()			

(注)

1. 証明書の発行には時間がかかりますので余裕を持って申し込んでください。
2. 証明書発行には手数料として1通につき500円必要です。
3. **郵送を希望する場合には、返送用封筒(角2サイズ)に宛先を記入し120円切手貼付のうえ、郵便定額小為替(1通につき500円)添えて学院事務局宛にお送りください。**

《領収金額》 証明書発行料 ￥

領収印

発行者

契

印

《領収書》

証明書発行料 ￥

領収印

発行者印

四国中央医療福祉総合学院