

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

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(角形 2 号サイズをご用意ください・宛名記入・切手貼付[2 通まで 50g 以内])を同封してください。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

四国中央医療福祉総合学院