

横浜歯科医療専門学校 学校長 殿

英文証明書下附願 (既卒者用)

学 科	歯 科 士 学 科				
ローマ字	名 前			名 字	
ふ り が な		ふ り が な			
在 学 時 の 氏 名		現 在 の 氏 名			
証明書の受取方法 (いずれかに○印)	窓口受取 (来校前にあらかじめご連絡ください)			郵送受取 (返信用封筒に切手を貼り同封してください)	
	現住所 (証明書送付先) 〒 —				
電 話 番 号	—				
生 年 月 日	西 暦 年 月 日				
入 学 年 月 日	西 暦 年 月 日				
卒 業 年 月 日	西 暦 年 月 日				
証明書使用目的 (いずれかに○印)	就職・資格試験・受験・進学・留学・年金関係・その他()				
	種 類	枚 数	単 価	作成期間	備 考
1	英文成績証明書		500円	土日祝日を 含まず 1週間ほど	卒業から5年まで発行可能 5年以降は『破棄証明書』を発行 下記の例を参照ください
2	英文破棄証明書				
3	英文卒業証明書				
そ の 他	()証明書		都度 確認必要		
	()証明書				
合計金額			円		

※郵送による申請については、以下を同封し、□にチェックして下さい。

- 証明書発行手数料 _____ 円 (現金または無記名の郵便定額小為替)
- 本人確認のための書類写し 1点 (運転免許証 ・ 健康保険証 ・ パスポート等)
- 返信用封筒 (住所・氏名をご記入の上、切手を貼付。本人・代理人以外の住所には送付不可)
- ※以下、代理人による申請の場合
- 代理人の本人確認のための書類写し 1点 (運転免許証 ・ 健康保険証 ・ パスポート等)
- 委任状

※ 証明書の作成依頼は、余裕をもって申し出て下さい。

申込み状況によっては、日数がかかる場合があります。

「作成期間」に加え、郵送の場合は送付日数がかかります。

※ ご不明な場合は学校事務(TEL:045-222-8666)へお問合せ下さい。

※ 成績証明書発行例:平成24年度卒業生の場合、平成30年3月末日まで

「成績証明書」を発行できます。それ以降は「破棄証明書」の発行となります。

受付担当者記入欄	
担当者名	
受付日	月 日 ()
授与日	月 日 ()
代 金 受領済 ・ 未受領	