

# 証 明 書 発 行 願

IGL 医療福祉専門学校長 殿

提出日 年 月 日

学 科	<input type="checkbox"/> 介護福祉学科 <input type="checkbox"/> 保育社会福祉学科 <input type="checkbox"/> 口腔保健学科 <input type="checkbox"/> 鍼灸学科 <input type="checkbox"/> 柔整学科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生学科 <input type="checkbox"/> 国際教養コミュニケーション学科 <input type="checkbox"/> 日本語学科	第 期生		
学籍番号				
ふりがな 氏 名				
生年月日	西暦 年 月 日生 ( 歳)			
入学年月	西暦 年 月 入学 ※ 日本語学科 ( 年 月入学生 ) 入学時の学校名 <input type="checkbox"/> IGL 医療福祉専門学校 <input type="checkbox"/> IGL 健康福祉専門学校 <input type="checkbox"/> IGL 医療専門学校			
卒業年月	西暦 年 月 卒業 卒業時の学校名 <input type="checkbox"/> IGL 医療福祉専門学校 <input type="checkbox"/> IGL 健康福祉専門学校 <input type="checkbox"/> IGL 医療専門学校			
現住所	〒  ※昼間に連絡可能な電話番号 Tel ( ) -			
種 類  必要証明書の該当番号に○印をし、必要枚数・手数料小計合計を記入	卒業証明書	500 円	通	円
	成績証明書	500 円	通	円
	成績・出席証明書 (外国人留学生)	500 円	通	円
	その他 ( )	500 円	通	円
	その他 ( )	500 円	通	円
	合 計		通	円
使用目的 及び提出先	使用目的 提出先			
受取り方法	<input type="checkbox"/> 窓口 ( 月 日 来校予定) ※) 休業日・受付時間をご確認ください			
	<input type="checkbox"/> 郵送 (切手同封)	<input checked="" type="checkbox"/> 速達の希望 ( 要 ・ 不要 ) <b>【送付先】</b> ※ 上記と異なる場合のみ記入 〒		

年 月 日発行