

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	卒業証明書	500 円 通 円
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	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) ● 速達の希望 (要 ・ 不要) 【送付先】※ 上記と異なる場合のみ記入 〒	

年 月 日発行