

証明書交付願（在校生用）

西暦 年 月 日

朝日医療大学校 学校長 殿

	学科	学 年	年
学籍番号		氏 名	
生年月日	昭和・平成	年	月 日生

下記により、証明書の交付をお願いします。

記

証明書の種類	申込部数	単 価	金 額	発行番号
1 在学証明書	通	200円	円	
2 成績証明書	通	200円	円	
3 卒業証明書	通	200円	円	
4 卒業見込証明書	通	200円	円	
5 単位修得証明書	通	200円	円	
6 健康診断書写し	通	200円	円	
7 その他証明書 ()	通	円	円	
申 請 理 由				
受 取 希 望 日	※原則申請から3日後（土日・祝日を除く） 西暦 年 月 日 （ 午前 ・ 午後 ）			
貼 付 欄				

注) 交付を希望する証明書に○印を付けること。

事務長	事務担当者	受付者	受付印