

証明書発行申込書

西暦 年 月 日 申込み

(ふりがな) 氏名 _____ パスポート使用の
ローマ字氏名 _____

※英文証明書発行申込の場合のみ記入

生年月日 西暦 年 月 日生

本籍地 _____ 都道
府県

卒業学科 (該当する□にチェックする)
臨床検査技師養成科 臨床工学専攻科
栄養科 (2年制) 臨床栄養科 (3年制) 管理栄養科 (4年制)
看護科 (3年制) 保健看護科 (4年制)

学籍番号 _____

卒業年月 西暦 年 月

現住所 〒 _____ (郵送希望先)

(アパート名・部屋番号まで記入する)

T E L () _____

携帯 () _____

証明書用途 (該当する□にチェックする)
使用目的 就職活動 進学 その他 (_____)
提出先 _____ (進学は必須、就職活動は任意で記入)

申込証明書 (必要枚数を記入する) (どちらかに○をつける) (どちらかに○をつける)
学業成績証明書 通 (和文・英文) (厳封 有・無)
卒業証明書 通 (和文・英文) (厳封 有・無)
単位履修証明書 通 (和文・英文) (厳封 有・無)
その他の証明書 通
(_____) (和文・英文) (厳封 有・無)

※証明書手数料 (金額分の切手を同封してください)

和文1通につき200円 英文1通につき1,000円

《注意事項》

※卒業後に姓名・本籍地 (都道府県のみ) に変更があった場合は、戸籍抄本 (原本) を提出して下さい。
提出された戸籍抄本は返却しません。また、証明書作成の目的に使用するものであり、その他の目的に
利用することはありません。

※申請・受取りの際は、身分証明書 (運転免許証・パスポート・健康保険証のいずれか) のコピーを提出
してください。

※健康保険法等の法律改正により、健康保険証を身分証明書として使用する場合には、保険者番号及び被
保険者等記号・番号等の告知を求めることが禁止されました。については当該部分にマスキングを施した
上で提出してください。

※代理人に依頼する場合は委任状が必要となります。

北里大学保健衛生専門学院

事務室使用欄

領 収 印 鑑	切	切	切	切	切
	二 百 円	四 百 円	六 百 円	八 百 円	千 円
				送 料	切