

証明書発行申込書

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 _____ 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 _____ 年 月

現住所 〒 _____
(郵送希望先)

(7桁 - 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)
 就職活動 進学 その他 () _____

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・マイナンバーカードのいずれか) のコピーを提出してください。

※マイナンバーカードは有効期限内、表面 (氏名住所面) のみ、専用ケースに入れたままで可、通知カードは不可です。

※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