

# 証明書申込用紙

平成 年 月 日

太枠内に記入してください

氏名	年 月 日生
入学	昭和・平成 年 月 入学
卒業	昭和・平成 年 月 卒業 (卒業生のみ記入)
学科	臨床検査技師科 ・ 歯科衛生士科
住所	〒 -  Tel ( )
用途	

## 証明書種別

成績証明書 通 (1通 500円)	卒業証明書 通 (1通 500円)	
在学証明書 通 (1通 500円)	その他 ( ) 通 (1通 500円)	
料 金	郵 送 料 (用意した返信用封筒に貼付け)	
500円× 通 ※合計額を定額 小為替で封入	<input type="radio"/> 5通まで 120円	合 計  _____円
	<input type="radio"/> 5通以上 140円	
	<input type="radio"/> 速達 プラス 270円	
備考	※ご希望などありましたらご記入下さい	

受付者		領収印		証明書番号	
-----	--	-----	--	-------	--

※ 発行は申請書到着日から3日後となりますので、必要期日の1週間前までにお申込み下さい。

送付先：〒130-0015 東京都墨田区横綱 1-10-8 東京医学技術専門学校 証明書係