

藤田保健衛生大学リハビリテーション専門学校
証明書交付願

西暦 年 月 日 申込

学校法人藤田学園 理事長 様

西暦 年 月 入学・編入学

藤田保健衛生大学リハビリテーション専門学校

西暦 年 月 卒業・退学

理学療法科・作業療法科 _____ 回生

学籍番号 _____

フリガナ _____

氏名 _____ ⑩ 男・女

英文(氏名): _____

西暦 年 月 日生 (才)

本籍地 _____ 都・道・府・県

改姓前氏名 _____

英文(本籍地・国籍): _____

戸籍謄本(確認後、返却)の提出がない場合、
在籍時の氏名にて発行致します

〒 _____ - _____

現住所 _____

連絡先 電話番号 (_____ - _____)

使用目的 _____ のため、下記証明書を交付願います。

➡使用目的が「就職」の場合は応募先名も記入してください。 応募先名 [_____]

種類	申込数	1件につき 証明手数料	料金	*受領印	*証明書番号
(本学様式) 卒業証明書	通	400円	円		No.
(本学様式) 学業成績証明書	通	500円	円		No.
(指定様式) 調査書	通	500円	円		No.
(指定様式) 編入学資格証明書	通	300円	円		No.
その他の証明 (_____)	通	300円	円		No.
英文 証明書 (本学様式) 卒業証明書	通	1,200円	円		No.
	通	1,200円	円		No.
合計	通		円		

*印欄は藤田学園が記入

- 発行に要する日数
本学様式は申込の翌日午後以降、それ以外の証明は申込日を含め7日後を目安としてください(土日祝、学園休業日は除く)。調査書・その他の証明の場合は、発行に時間がかかる場合もありますので、予めお問い合わせください。
- 本人確認ができるもの(自動車運転免許証、保険証など)を窓口で提示していただきます。郵送で申し込む場合は、本人確認ができるものの写しを同封してください。
- 本証明書交付願に記載された氏名、住所、生年月日の個人情報、証明書作成・発行に関する事以外には利用いたしません。

発行部署確認印			発行	領収確認	受付日