学生・様式７

事務局長	学 科 長	受　　付

証　明　書　下　附　願

※太枠のみ記入して下さい。

申 込 年 月 日	平成　　年　　月　　日
本　　籍	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県
現　住　所	〒　　－ TEL　　（　）
フ リ ガ ナ	
氏　　名	（旧姓　　）　　印
生 年 月 日	昭和　　年　　月　　日 生
下記の通り証明書の発行をお願いします。（該当するものを○で囲んで下さい。） 記	
所　　属	科
入　　学	平成・昭和　　年　　月
卒 業 ・ 退 学	平成・昭和　　年　　月　卒業・退学
証 明 書 種 類	卒業・成績・その他（　　）
使　用　目　的	就職試験・会社訪問・国家試験・健保・その他（　　） **※就職試験・大学編入の場合、提出先を記入して下さい。**
会　社　名 病院・大学名	
申　込　枚　数	各　　通
作 成 済 提 出 先	現住所に郵送希望 ・ 来校希望 （どちらかに○をしてください。）
備　　考	

大阪医療技術学園専門学校