証明書発行願い（卒業生用）

姫路歯科衛生専門学校　御中

下記のとおり証明書発行をお願いいたします。

申込み日	20　　年　　月　　日	携帯番号等	－　　－
学 校 名	姫路歯科衛生専門学校	フリガナ	
課程	医療専門課程	氏名	㊞
学科	歯科衛生士学科		
生年月日	年　　月　　日	異動年月	年　　月（卒業・退学等）
用　途	該当項目に〇をつけてください 1.就職活動　2.進学　3.資格取得・受験（資格名：　　） 4.ビザ申請　5.父母の職場への提出　6.その他（　　）		
送付先住所	〒　　－　　マンション名等も書いてください		
特記事項			

種類	金額	枚数
成績証明書	500円	枚
卒業証明書	500円	枚
その他・所定様式等	500円	枚
送料	430円	
合計金額		円

送付ご希望の場合は、送料を含めた合計金額と
本人及び本人の住所確認できるもの（免許証、保険証等）のコピーを
同封の上、現金書留にてお送りください。