

証明書発行申込書

		申込日 (西暦)	年 月 日
氏名	(フリガナ)	生年月日 (西暦)	
	(漢字)	年 月 日	
	英文証明書が必要な方は、氏名の英語表記も記載してください。 卒業時と氏名が異なる場合は、卒業時の氏名も記載してください。 卒業時の氏名 ()	連絡先 (メールアドレス)	
		連絡先 (携帯番号)	
住所 送付先	〒	現職	
		(西暦) 年 月 日	医学部看護学科 入学
		(西暦) 年 月 日	医学部看護学科 卒業・退学

下記証明書の発行を申し込みます。

発行を希望する証明書	単価 (円)	必要枚数	必要とする理由	提出先 (具体的に)
成績証明書	300			
成績証明書 (英文)	1,000			
卒業証明書	200			
卒業証明書 (英文)	500			
調査書	1,000			
在学期間証明書	200			
単位取得証明書	200			
学位取得証明書	500			
学位取得証明書 (英文)	1,000			
学力に関する証明書	300			
その他 ※要問合せ				
送料 (普通郵便)	140		どちらか選択	
(レターパック)	370			

振込予定日 月 日頃

合計枚数	通	合計金額 (送料含む)	円
------	---	-------------	---

- 本人確認のため、身分証明書 (運転免許証、パスポート等) の写しを証明書発行申込書と共に Fax でお送りください。
- 代理人が申し込む場合は、証明書請求者の委任状 (書式自由) を添付してください。
- 送料を含めた合計金額を下記銀行口座へお振込みください。

振込先銀行名 : 三井住友銀行 新宿通支店 振込先口座名 : 学校法人 東京医科大学 種 別 : 普通預金 振込先口座番号 : 0921941 ※振込人氏名は証明書発行申込者名 (代理人名不可) をお願いいたします。 ※振込手数料は振込人様でご負担ください。	大学記入欄 【本人確認欄】 <input type="checkbox"/> 運転免許証写 <input type="checkbox"/> パスポート写 <input type="checkbox"/> 健康保険証写 <input type="checkbox"/> 年金手帳写 (No.)
--	---