

卒業生用 証明書発行願 (WEB用)

年 月 日

アポロ歯科衛生士専門学校
学校長殿

■申請人

フリガナ		フリガナ	
氏名		旧姓	
学籍番号※1		生年月日	年 月 日
入学年度※2	年 (回生)	卒業年度※2	年 3月
現住所	〒		
連絡先	(確認のため連絡することがあります)		
メールアドレス			

※1:不明の場合は空欄でかまいません。

※2:不明の場合は大体の時期でも結構です。大体の時期であることを記載してください。

※3:記載のない証明書や英文の場合はお問い合わせください。

※4:指定書式の場合はお送りください。

■必要な証明書

卒業証明書	300円	通
単位取得証明書	500円	通
成績証明書	500円	通
() 証明書	() 円	通
合計金額		円

※郵送の場合、手数料は切手でお支払いください。

※返送を希望する場合は、手数料の他に以下2点を同封してください。

①140円切手 (返信用) ②本人確認用書類 (運転免許証、保険証等コピー)

■用途

1. 就職・受験	2. 学校編入	3. 資格検定	4. その他 ()
----------	---------	---------	------------

総務処理欄	
処理日	
取扱印	