

学校法人セムイ学園
東海歯科医療専門学校長 殿

卒業生用証明書発行願

		申請日	平成 年 月 日
卒業学科	科 課程	学籍番号	
入学年	年	卒業年	年
フリガナ			
氏名	結婚等で名字が変わった場合 新姓 ()		
生年月日	西暦 年 月 日		
現住所	〒 -		
電話(自宅)		携帯	
証明書送付先	※証明書送付先は現住所と異なる場合のみ記入してください。 〒 -		
送付方法	<input type="checkbox"/> 普通郵便 <input type="checkbox"/> 速達		

※学籍番号が不明な場合は未記入のまま提出してください。

※証明書は在校時の氏名で発行されるため、提出先によっては本人確認のため戸籍抄本が必要となる場合があります。

必要な証明書		
卒業証明書	500 円(1 通)	通
成績・単位修得証明書		通
第三者指定証明書		通
	合計金額	円

証明書の使用目的及び提出先	
使用目的	1.就職活動 2.進学 3.国試出願 4.その他 ()
提出先名	
所在地	
提出期日	