

事務長		係

証明書交付願 (卒業生用)

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

長崎医療技術専門学校長 様

氏名 _____ (旧姓 _____)

生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

現住所 〒 _____

電話番号 _____

卒業年月 _____ 年 3月 _____ 学科 卒業

下記のとおり交付して下さるようお願いいたします。

記

1. 証明書の種類と通数

太枠部を記入してください

太枠部を記入してください		1通あたり 代金	発行番号	発行年月日		
卒業証明書	通	200円		令和	年	月 日
成績証明書	通	200円		令和	年	月 日
その他()	通	円		令和	年	月 日

2. 提出先

3. 用途

郵送による申請の場合、以下を同封のうえ下記あてに送付してください。

① 証明書代金

1通につき200円の手数料がかかります。
申請通数分の定額小為替を同封してください。

② 返信用定型封筒 (長形3号)

住所氏名を記入のうえ、返信用切手110円分を貼ってください。
速達・簡易書留・特定記録等で返信を希望される方は、種別を明記のうえ
その分の切手を追加して貼ってください。

③ 本人確認書類の写し

本人による手続きであることを確認するため、運転免許証や保険証など
公的機関の発行した書類の写しを同封してください。

送付先 〒850-0822 長崎市愛宕1丁目36番59号
長崎医療技術専門学校 証明書発行係