

平成〇〇年 〇〇月 〇〇日

千葉県立保健医療大学長 様

保健医療大学卒
旧姓 保医大 若葉
卒業証明書（日本語） 1通
成績証明書（英文） 1通
を請求する場合

氏名 美浜 若葉
現住所 千葉市美浜区若葉2-10-1
電話（日中連絡先） 090-〇〇〇〇-△△△△

下記のとおり証明書の交付をお願いします。

記

卒業学校名	<input checked="" type="checkbox"/> 千葉県立保健医療大学 <input type="checkbox"/> 千葉県立衛生短期大学 <input type="checkbox"/> 千葉県栄養専門学校 <input type="checkbox"/> 千葉県歯科衛生専門学校	<input type="checkbox"/> 千葉県医療技術大学校 <input type="checkbox"/> 千葉県看護大学校 <input type="checkbox"/> 千葉県衛生専門学校 <input type="checkbox"/> 千葉県保健婦助産婦専門学校
卒業年	昭和・平成〇〇年卒（〇〇年度）	
学科名	〇〇学科	
学籍番号	〇〇〇〇〇〇	
氏名 （在学時）	保医大 若葉（在学時の氏名ということに注意してください）	
英語表記の氏名 （英文証明用）	Hoidai Wakaba（パスポートと同じ表記で記入してください）	
生年月日	昭和・平成〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
交付を希望する証明書		
卒業証明書	和文 1通	英文 通
成績証明書	通	英文 1通
その他（ ）	通	通
厳封方法	一通ずつ厳封 ・ まとめて厳封（下括弧内に厳封の組み合わせを記入） （成績証明書と卒業証明書を同じ封筒に入れて厳封）	
使用目的	〇〇大学受験のため（できるだけ具体的に記入してください）	
提出先	〇〇大学（具体的に記入してください）	
備考		
受取方法	窓口 ・ 郵送（切手、封筒は個人負担です）	

大学使用欄（記入しないこと）

交付手数料	現金（窓口のみ可） ・ 郵送小為替 円
決裁	ここには何も記入しないでください