

# 証明書交付願

年 月 日

千葉県立保健医療大学長 様

〒  
現住所

氏名  
(現在)

電話

メールアドレス

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 type="checkbox"/> 千葉県立保健医療大学	<input type="checkbox"/> 千葉県医療技術大学校		
	<input type="checkbox"/> 千葉県立衛生短期大学	<input type="checkbox"/> 千葉県看護大学校		
	<input type="checkbox"/> 千葉県栄養専門学院	<input type="checkbox"/> 千葉県衛生専門学院		
	<input type="checkbox"/> 千葉県歯科衛生専門学院	<input type="checkbox"/> 千葉県保健婦助産婦専門学院		
卒業年	昭和・平成・令和 年卒 ( 年度)			
学科名				
学籍番号				
氏名 (在学時)				
英語表記の氏名 (英文証明用)				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生			
交付を希望する証明書			和文	英文
卒業証明書			通	通
成績証明書			通	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) )			
使用目的				
提出先				
備考				
手数料	400円 (1通) × 通		合計金額	円
受取方法	窓口 ・ 郵送 (郵送を希望する場合、切手・封筒を同封してください)			

大学使用欄 (記入しないこと)

決裁欄	学生支援課長	課員	発	公印使用確認
確認欄	現金 (現金書留含) ・ 郵送小為替			円
	本人確認済	確認書類		
	<input type="checkbox"/>	マイナンバーカード・運転免許証・その他 ( )		