

証明書交付願

医療法人 高寿会
近畿リハビリテーション学院
学院長 音頭 善勝 殿

平成 年 月 日

※卒業生の方は、氏名、生年月日、卒業年のみ記入して下さい。

学科・学年	第 学科 年
学籍番号	P
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
卒業年（卒業生のみ記入）	平成 年 3月卒業

下記の証明書の交付を申請致します。

記

✓	証明書種類	必要数	発行手数料	小計
<input type="checkbox"/>	在学証明書 / 在籍期間証明書	通	500 円	円
<input type="checkbox"/>	成績証明書	通	800 円	円
<input type="checkbox"/>	健康診断証明書	通	800 円	円
<input type="checkbox"/>	卒業見込み証明書	通	500 円	円
<input type="checkbox"/>	卒業証明書	通	500 円	円
<input type="checkbox"/>	修学費用明細通知証明書	通	500 円	円
<input type="checkbox"/>	勤労学生控除に関する証明書	通	500 円	円
<input type="checkbox"/>	学生証	通	2,000 円	円
<input type="checkbox"/>	その他（ ）	通	円	円
発行手数料合計				円

証明書が必要な理由	提出先
-----------	-----

※在学生は、証明書を取りに来た時、本人確認をしますので必ず学生証を持って来て下さい。

《本学院記入欄》

備考欄				受領印
担当者名	発行年月日	平成 年 月 日		