

専門学校 証明書交付願

大阪歯科大学 医療保健学部
学部長 殿

申込日: 年 月 日

ふりがな 氏名:	印	生年月日 昭和・平成 年 月 日生
※英文証明書希望の方はローマ字による綴りも氏名欄に記入して下さい。		
現住所: 〒 —		
電話番号: 確認等が必要な場合の連絡先		

■用途および提出先を記入して下さい

用 途:
提出先:

■希望する欄にチェックを入れ、卒業年月を記入して下さい

<input type="checkbox"/> 歯科技工士学科 昭和 平成 年 月 卒業	<input type="checkbox"/> 歯科技工士専攻科 昭和 平成 年 月 卒業
<input type="checkbox"/> 歯科衛生士学科 昭和 平成 年 月 卒業	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士専攻科 平成 年 月 卒業

証明書の種類	交付料 1通	歯科技工士学科 歯科衛生士学科	歯科技工士専攻科 歯科衛生士専攻科	合計
<input type="checkbox"/> 卒業証明書	500円	通	通	円
<input type="checkbox"/> 成績証明書	500円	通	通	円
<input type="checkbox"/> 修了証明書	500円	通	通	円
<input type="checkbox"/> 在学期間証明書	500円	通	通	円
<input type="checkbox"/> 英文証明書(卒業)	1000円	通	通	円
<input type="checkbox"/> 英文証明書(成績)	1000円	通	通	円
<input type="checkbox"/> その他 ()	別途	通	通	円
			合計	円

■証明書の受取方法

<input type="checkbox"/> 郵送希望 ※送料別途 370円
<input type="checkbox"/> 牧野学舎 2号館1階 事務室で受取 (電話連絡が必要)

領収印

【問い合わせ先】

大阪歯科大学 医療保健学部事務室
〒573-1144 大阪府枚方市牧野本町1-4-4
tel:072-856-9951
fax:072-856-9952

(学校処理欄)