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：　〒　　ー	
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

☐	歯科技工士学科	昭和 平成	年　月卒業	☐	歯科技工士専攻科	昭和 平成	年　月卒業
☐	歯科衛生士学科	昭和 平成	年　月卒業	☐	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
☐	卒業証明書	500円	通	通	円
☐	成績証明書	500円	通	通	円
☐	修了証明書	500円	通	通	円
☐	在学期間証明書	500円	通	通	円
☐	英文証明書（卒業）	2000円	通	通	円
☐	英文証明書（成績）	2000円	通	通	円
☐	その他	別途	通	通	円
	（　　）			合計	円

■証明書の受取方法

☐	郵送 希望　※送料別途370円
☐	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

（学校処理欄）

【 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