

## 証明書発行願（卒業生用）

社会福祉法人天心会 小阪病院

総務課 行

下記の通り、証明書の発行をお願いいたします。

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| 申請年月日       | 西暦 年 月 日          |
| フリガナ<br>氏 名 | (改姓した場合は、卒業時氏名： ) |
| 生年月日        | 西暦 年 月 日生         |
| 学籍番号        | No. ( 回生) 西暦 年卒業  |
| 住 所         | 〒 —               |
| 電話番号        | — —               |
| 日中連絡先       | — —               |
| メールアドレス     |                   |
| 使用目的        |                   |
| 提出先         |                   |

|             | 単 価       | 部 数    | 金 額 |
|-------------|-----------|--------|-----|
| 証<br>明<br>書 | 卒業証明書     | 1,000円 | 円   |
|             | 成績証明書     | 1,000円 | 円   |
|             | 卒業証明書（英文） | 3,000円 | 円   |
|             |           |        | 円   |
|             |           |        | 円   |
| 合 計         |           |        | 円   |

※卒業証明書以外の英文書式は対応いたしかねます。

|                              |                          |    |                          |       |
|------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-------|
| 書類の受け取り方法<br>※どちらかに☑を入れてください | <input type="checkbox"/> | 郵送 | <input type="checkbox"/> | 窓口受取り |
|------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-------|

|  |
|--|
| <b>【振込先】</b><br>りそな銀行 長瀬支店 （普通）0501292<br>社会福祉法人天心会小阪病院<br>理事長 東 司 |
|--|

| 事務局 | 経 理 | 担 当 |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |