

日本医療大学卒業生用
証明書交付願

申請日： 年 月 日

書 類 名	単 価	枚 数	書 類 名	単 価	枚 数
在籍期間証明書	200円	枚	在籍期間証明書 (英 文)	1,000円	枚
成 績 証 明 書	400円	枚	卒 業 証 明 書 (英 文)	1,000円	枚
単位修得証明書	400円	枚	成 績 証 明 書 (英 文)	1,000円	枚
卒 業 証 明 書	400円	枚			
合 計		枚	円		

使用目的（必須）：

※必ずご確認ください。

指定が無い場合、全ての申請書を一つの封筒にまとめて郵送します（封緘なし）。

指定がある場合はこちらの欄↓に詳細をご記載ください。

日本医療大学 保健医療学部	☐ 看護学科 ☐ リハビリテーション学科 理学療法学専攻 ☐ リハビリテーション学科 作業療法学専攻 ☐ 診療放射線学科
卒業年月日	年 月 日
学籍番号	※不明であれば不要
氏名	ふりがな
旧姓	ふりがな
生年月日	西暦 年 月 日
郵送先住所	〒 ー
連絡先	() ー

(以下は職員記入)
発行番号：日医療証第

号

年 月 日 発行

		担当