

**専門学校 日本福祉リハビリテーション学院卒業生用  
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			
<b>合 計</b>		<b>枚</b>		<b>円</b>	

**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。

専門学校 日本福祉リハビリ テーション学院	<input type="checkbox"/> 理学療法学科 <input type="checkbox"/> 作業療法学科 <input type="checkbox"/> 言語聴覚学科
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	〒           —
連絡先	(            )           —

(以下は職員記入)  
 発行番号：日医療証第

号

年   月   日 発行

		担当