

学科連絡	確認	発行	受付

卒業証明書交付願

年 月 日

健康科学大学長 殿

健康科学部 _____ 学科

学籍番号 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

現住所 _____

連絡先 _____ - _____

下記の証明書の交付をお願いいたします。

名称	願出理由及び必要枚数 (いずれかに✓チェックしてください)	発行番号
卒業証明書	<input type="checkbox"/> 就職活動 (枚) <input type="checkbox"/> 国家試験受験 (枚) <input type="checkbox"/> その他 (枚) (その他の理由; _____)	※

※以外はすべて記入してください。願出理由が不明な場合は発行しないこともあります。

領 収 書

年 月 日

氏 名 _____ 様

卒業証明書 _____ 枚

金 額 _____ 円

上記正に領収いたしました。

健康科学大学

〒401-0380

山梨県南都留郡富士河口湖町小立 7187

TEL : 0555-83-5230

領収印