|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 学科連絡 | 発　行 | 受　付 |
|  |  |  |
| 卒業証明書交付願  年　　　月　　　日  健康科学大学長　殿  学部　　　　　　　　　学科  学籍番号  氏名  生年月日  本籍地　　　　　　　　　都・道・府・県  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** | □就職活動　　　（　　　　枚）  □国家試験受験　（　　　　枚）  □その他　　　　（　　　　枚）  （その他の理由：　　　　　　　　　　　　　） | ※ |   ※以外はすべて記入してください。願いで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  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  領収印  〒401-0380  山梨県南都留郡富士河口湖町小立7187  TEL：0555-83-5200（代表） | | | |