|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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7187TEL：0555-83-5200（代表） |