| 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

健康科学部　　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<br>（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）<br>□国家試験受験　（　　枚）<br>□その他　（　　枚）<br>（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
〒401-0380
山梨県南都留郡富士河口湖町小立 7187
TEL：0555-83-5200

| 領収印 |
|---|
| |