

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	<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 (代表)

領収印