証　明　書　交　付　願

年　　月　　日

朝日医療専門学校広島校　校長殿

卒業学科・年	学科　　部　　コース　　年度　卒業	
学籍番号	※不明な場合は記入不要	
（ふりがな）		
卒業時氏名	（旧姓　　）	
生年月日	年　　月　　日	
住所	〒	
電話番号		
改姓後の氏名での発行を希望する場合	☐（希望する場合のみ☑をつけてください）	※現在の氏名での発行を希望する場合、『戸籍抄本』の写しを添付して下さい。
※学校記入欄※　【本人確認書類】☐運転免許証　☐健康保険証　☐その他（　　）		

証明書の種類	申込部数	単　価	金　額
1　卒業証明書	通	２００円	円
2　成績証明書	通	２００円	円
3　その他（　　） ご依頼内容により金額が変わります。	通	円	円
使　用　目　的	（具体的に記入すること）		

証明書発行には以下の書類が必要です。

・証明書交付願、本人確認書類（郵送の場合は写しを同封）
・郵送の場合は上記のほか、必要な切手貼付の返信用封筒（住所氏名もご記入ください）
　証明書発行手数料合計金額分の定額小為替（郵便局で購入できます）
・代理人による申請の場合は委任状と代理人の方の本人確認書類

確認事項・注意事項

・交付を希望する証明書の申込部数・金額をご記入ください
・複数学科ご卒業の方は、どの学科の証明書が必要かを必ず明記してください
・成績証明書には修得単位数も記載されています

学　科	事務管理者	事　務	受　付	処理番号	領収印

受金額		釣り銭		担当	