証 明 書 発 行 申 込 書

申込み日　　年　　月　　日

入学年月　　年　　月　入　学	卒業年月　　年　　月　卒　業
学校名　　専門学校	学科名　　科
学籍番号	
ふりがな 氏　名　　印	生年月日　　年　　月　　日生 在籍時氏名 (氏名変更された方)
Ｅ－ｍａｉｌ　　@	
現住所　〒 TEL　　(　　)	
昼間連絡先　〒 TEL　　(　　)	

必要な証明書	単価	数量	請求理由及び発行（希望）期限
成　績　証　明　書	２００円	通	
卒　業　証　明　書	２００円	通	
履　修　証　明　書	２００円	通	
単位取得証明書	２００円	通	
在籍期間証明書	２００円	通	
専門士称号付与証明書	２００円	通	
高度専門士称号付与証明書	２００円	通	
（その他）＿＿＿＿＿＿＿＿		通	
計		通	

交付手数料　合　計　　円　（　現　金　・　切　手　）
受　取　方　法　　窓　口　・　郵　送（　普通　・　速達　・　簡易書留　）

※　電話・Ｆａｘ・Ｅメールでのお申し込みは一切お受けできません。

● 本申込書提出先

学校法人 西野学園　　事務局

札幌医学技術福祉歯科専門学校	〒064-0805	札幌市中央区南５条西１１丁目１２８９－５
札幌心療福祉専門学校	〒064-0822	札幌市中央区北２条西２０丁目２－２８
札幌ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ専門学校	〒060-0004	札幌市中央区北４条西１９丁目１－３
函館臨床福祉専門学校	〒041-0806	函館市美原１丁目１５－１

※　卒業した学校へ提出してください。
　　学校名変更等により提出先が不明な場合は、ホームページでご確認ください。