

学校法人セムイ学園  
東海歯科医療専門学校長 殿

下記の理由により証明書を発行していただきたくお願い致します。

### 卒業生用証明書発行願

		申請日	年 月 日
卒業学科	科 課程	学籍番号	
入学年	年	卒業年	年
フリガナ			
氏名	結婚等で名字が変わった場合 新姓 ( )		
生年月日	西暦	年 月 日	
現住所	〒 -		
電話(自宅)		携帯	
証明書送付先	※証明書送付先は現住所と異なる場合のみ記入してください。 〒 -		

※学籍番号が不明な場合は未記入のまま提出してください。

※証明書は在校時の氏名で発行されるため、提出先によっては本人確認のため戸籍抄本が必要な場合があります。

必要な証明書		
卒業証明書	500円(1通)	通
成績・単位修得証明書		通
在籍証明書		通
第三者指定証明書		通
合計金額		円

証明書の使用目的及び提出先	
使用目的	1.就職活動 2.進学 3.資格検定 4.その他 ( )
提出先名	
提出期日	

学校確認欄

身分証明書 確認 (申請時)	
-------------------	--

証明書発行手数料領収書

氏名 \_\_\_\_\_ 様 手数料 \_\_\_\_\_ 円

上記正に領収いたしました。

東海歯科医療専門学校 事務局 領収印