

交付予定日： 月 日  
(※学校側で記入致します)

学科長	事務

# 証明書交付願

申込日

年 月 日

小山歯科衛生士専門学校長 殿

下記の通り証明書の交付をお願い致します。

学校名	小山歯科衛生士専門学校						
学科名	歯科衛生学科(全日制・夜間部)			年次在学 /		年 月卒業	
学籍番号							
氏名							
生年月日	昭和・平成			年 月		日	
連絡先 Tel	自宅			携帯電話			
受取方法 (選択してください)	<input type="checkbox"/> 郵送希望 ※簡易書留の為、送料別途 434 円～			<input type="checkbox"/> 学校受取			
住所 (郵送希望者のみ記入)	〒						
交付理由							
提出先							
証明書の種類	料金	枚数	金額	証明書の種類	料金	枚数	金額
①在学証明書	300			⑤推薦書	500		
②卒業見込証明書	300			⑥卒業証明書	300		
③成績証明書	300			⑦その他			
④健康診断書	100						

交付手数料合計金額： 円

\* 証明書の交付は交付願提出日から原則として3日後となります。(土・日・祝を除く)

\* 但し、郵送希望の方は別途日数がかかりますのでご注意ください。

(※学校側で記入致します)

## 領収書

様

《発行予定日： 年 月 日》

金額

切手

円

証明書発行手数料として上記の通り領収致しました。

学校法人 産業教育事業団  
小山歯科衛生士専門学校

※窓口で直接手続きされた方は、証明書受取りの際、本人確認の為に必ず領収書を持参してください。