

発行担当者印	領 収 印

証 明 書 交 付 願

■申 込 日■ 年 月 日

学籍番号		学 年	年（※卒業生の場合は 年度卒）
氏 名		学 科	整復健康学科 ・ 口腔健康学科
生年月日	年 月 日	生まれ	（年齢 才）
文書種別	文 書 名	枚 数	単 価
	在学証明書	通	300円
	在学期間証明書	通	
	卒業見込証明書	通	
	卒業証明書	通	
	成績証明書	通	
	その他証明書		
	送料（レターパックライト）		430円
	合 計	通	430+ = 円

- ・ 証明書発行には本人の確認が必要です。  
必ず本人確認書類のコピー（白黒可）を証明書交付願に添付してください。  
（本人確認書類：保険証・運転免許証・マイナンバーカード等 ※確認書類は証明書発行後に破棄します。）
- ・ ATM・インターネットバンキングからの振込も受付けております。
- ・ 領収書の発行はございませんのでご了承ください。
- ・ 振込手数料が発生する場合は振込依頼人負担となります。

書類送付先：〒158-0097 東京都世田谷区用賀2-2-7 事務室宛  
メール送信先：info@nittai-iryo.ac.jp  
お問い合わせ先：日本体育大学医療専門学校（受付：平日9～16時 Tel：03-5717-6161）

（切-リ-は-な-ヒ-で-銀-行-に-お-持-ち-く-だ-さ-い-）

振 込 金 領 収 書		電 信 振 込 依 頼 書	
年 月 日		年 月 日 電信区分	
金 額	¥	みずほ銀行 世田谷支店(普) 503788	
銀行名	みずほ銀行 世田谷支店	受 取 人	学校法人 日本体育大学
受 取 人	学校法人 日本体育大学	学籍番号 (7ケタ)	
ご依頼人	様	氏 名 (漢字)	
[備考]		住 所	
上記のとおり領収いたしました。 (取扱店) 銀行 店 (取扱店=依頼人) 収納印		※取扱銀行へお願い 学生氏名の頭部に学籍番号を必ず打電してください。 学校法人日本体育大学 日本体育大学医療専門学校 東京都世田谷区用賀 2-2-7 電話 03 (5717) 6161 (取扱銀行保管)	