

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		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)

振込金領収書		電信振込依頼書		
年 月 日		年 月 日	電信区分	普通
金額	¥	みずほ銀行 世田谷支店(普) 503788	金額	¥
銀行名	みずほ銀行 世田谷支店	受取人	ガッコクカウジン ニッポンタイイクダイガク 学校法人 日本体育大学	現金
受取人	学校法人 日本体育大学	学籍番号 (7ケタ)	内訳	当店券
ご依頼人	様	氏名 (漢字)	取 納 印	
〔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)		※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。	振替 科目	
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)				