

証明書交付願

記入日 年 月 日

* 必要事項をご記入、又は該当する□にレ点を付けてください。

| | | | |
|-------------|--|-------------|---------------------|
| フリガナ | | フリガナ | |
| 卒業時の氏名 | | 現在氏名 | |
| 現住所 | 〒 ー | | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日生 | 卒業年月 回生 | (西暦) 年 月 (回生) |
| 日中の連絡先 | <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 ー ー 確認のお電話をさせていただく場合があります | メール アドレス | メールでの連絡希望の方はご記載ください |
| 証明書を必要とする理由 | <input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 進学 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 本人確認書類(写し) | <input type="checkbox"/> 運転免許証(裏面含む) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 受取方法 | <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 事務局窓口 (本人・代理人名:) | | |
| 通信欄 | ※返信先の住所が上記住所と異なる場合は、ここにご記入ください | | |

《証明書の種類》 * 必要事項をご記入、又は該当する□にレ点を付けてください。◆封入方法 原則として厳封

| 証明書の種類 | 手数料(円) | | 申込数 | 小計 |
|-----------|---------------------------------|----------------------------------|-----|----|
| 卒業証明書 | <input type="checkbox"/> 和文 500 | <input type="checkbox"/> 英文1,000 | 通 | 円 |
| 成績証明書 | <input type="checkbox"/> 和文 500 | <input type="checkbox"/> 英文1,000 | 通 | 円 |
| その他証明書() | <input type="checkbox"/> 和文 500 | <input type="checkbox"/> 英文1,000 | 通 | 円 |
| その他証明書() | <input type="checkbox"/> 和文 500 | <input type="checkbox"/> 英文1,000 | 通 | 円 |
| | 合計 | | 通 | 円 |

| | | | |
|--------------|---|---------------------|--|
| 《英文証明書》 | 英文による証明書の発行を希望される場合のみ、必ずご記入ください。 卒業時氏名を英文表記してください。 | | |
| 氏名 (Name) | ※姓、名の順で記入してください。 | 国籍 (Nationality) | |

事務処理欄

| | | | | | | | |
|----------|--|----------|---|----------|---|----------|--|
| 責任者 印 | | 確認者 印 | | 作成者 印 | | 受付者 印 | |
| 受付日 | / | 発送日 | / | 入金日 | / | 領収印 | |
| 備考 | 手数料請求合計: 円(不足手数料 円、不足送料 円)(超過手数料 円、超過送料 円) | | | | | | |

発行者/連絡先
 社会福祉法人聖霊会 法人事務局
 〒466-8633 名古屋市昭和区川名山町56番地
 TEL : 052-832-1181(代表)
 FAX : 052-837-0155
 E-Mail : houjin@seirei-hospital.org