

## 証 明 書 交 付 願

申請日	年 月 日	卒業年度	年度
氏 名	旧姓 (            )	学籍番号	
電話番号		生年月日	昭 平      年   月   日生
現住所	〒		
送付先	〒  (現住所と異なる場合のみ記入)		

証明書の種類	通数	手数料 (1通 300円)	提出先	使用目的
卒業証明書	通	円		
成績証明書	通	円		
その他 (            )	通	円		
合計		円		

受取方法 (受取予定日)	窓口 ( 月 日 )    ・    郵送
--------------	-----------------------

▼同封書類に✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 証明書交付願 (本状)	<input type="checkbox"/> 返信用切手 (            円分)
<input type="checkbox"/> 証明書発行手数料 (            円在中)	<input type="checkbox"/> 身分証明書のコピー
<input type="checkbox"/> その他同封書類 (            )	

送付先  
〒732-0821 広島市南区大須賀町 19 番 11 号  
広島デンタルアカデミー専門学校  
電話 082-264-7000