

証 明 書 交 付 願 (記入例)

令和 ○年 ○月 ○日

公益社団法人香川県歯科医師会立
香 川 県 歯 科 医 療 専 門 学 校

住 所 ○○市○○町○○ ○-○-○

電話番号 ○○○○-○○-○○○○

技工士科 ・ 衛生士科

第 ○期生 (昭和・平成・令和 ○ 年卒)

氏 名 ふりがな 香川 花子 印 (旧姓:)

生 年 月 日 昭和・平成 ○年 ○月 ○日生

ふりがな
代理人 氏 名

申請者との関係 ()

電話番号

下 記 に よ り 証 明 書 を 交 付 願 い ま す 。
記

証明書の種類	☐ 在籍期間証明書 ☒ 卒業証明書 ☐ 成績証明書又は履修証明書 その他 ()
提 出 先	○○法人 ○○歯科医院 (必ず正式名称でご記入ください)
使 用 目 的	(例) 入社書類 ○○に提出するため 資格取得のため 等
枚 数	1 枚
受 取 方 法	☒ 手渡し ☐ 郵送
備 考	

～証明書発行時のお願い～

証明書の発行時において、個人情報保護法の観点から以下の通り本人確認を行う必要がありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

①既卒者本人の場合：「身分証明書」を提示願います。

②代理人による申請の場合：①の他、本人の署名のある「*委任状」を添付し、代理人の「身分証明書」を提示願います。

③郵送による申請の場合：①又は②の書類の写しを同封願います。

④証明書発行手数料として成績証明書又は履修証明書は 1 通 500 円。その他証明書は 1 通 200 円を証明書発行時にお持ち下さい。(卒後 5 年は成績証明書。6 年以降は履修証明書)

*委任状：書式自由、本人の署名・捺印のあるもの

校 長	教務主任	係