

証明書申込書 (大学院・栄養学部用)

令和 年 月 日

以下の通り、手数料（定額小為替）を添えて、証明書を申し込みます。

氏名 _____

① 卒業時の氏名・ふりがな ・改姓している場合には、改姓名も併記。 ・英文の場合は、ローマ字 (パスポートと同じ表記)も併記。	
② 生年月日(和暦) 英文の場合は、西暦も併記。	昭和・平成・令和 年 月 日 (西暦 年)
③ 卒業学科・専攻・学籍番号	
④ 入学年月・卒業年月(和暦) 英文の場合は、西暦も併記。	昭和・平成・令和 年 月 入学 昭和・平成・令和 年 月 卒業 (西暦 年 月 入学 / 西暦 年 月 卒業)
⑤ 必要な証明書の種類と部数 ・厳封が必要な場合には「厳封希望」と書いてください。 ・英文証明書は全て厳封となります。	証明書 (円) × 通 = 円 証明書 (円) × 通 = 円 証明書 (円) × 通 = 円 証明書 (円) × 通 = 円 <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> 合計 通 円
⑥ 使用目的および提出先 英文の場合は提出先を詳しく	
⑦ 現住所・電話番号	〒 TEL
⑧ 昼間連絡のとれる連絡先 (電話番号・メールアドレス) 勤務先の場合は名称も併記してください。 ⑦と同じ場合は省略可。	TEL E-mail
* ⑨ 本籍地(都道府県名) 臨床検査技師国家試験受験用履修証明書、 または栄養士課程履修証明書のみ必要	
* ⑩ 国籍 英文の場合のみ必要	
⑪ 同封した身分証明書のコピー 同封した身分証明書のコピーにチェックを いらしてください。 例： <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表面のみ) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 健康保険証(記載記号、番号、保険者番号をマスキングしたもの)

宛名ラベル 送付先の郵便番号・住所・氏名を記入してください。

〒

◎申し込み・問い合わせ先

〒350-0288 埼玉県坂戸市千代田3-9-2 1 女子栄養大学 学部教務課・大学院教務課 TEL049-282-3601