

証明書発行願

西暦 年 月 日

日本バプテスト連盟医療団事務局 宛

フリガナ	
現在の氏名	印
フリガナ	
卒業時氏名	現在の氏名と異なる場合
生年月日	年 月 日生
回生・卒業年月	回生 年 月卒業
現住所	〒 -
電話番号	- - (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先) ※昼間に連絡可能な連絡先

発行を希望する証明書

種 類	手数料	枚 数	金 額
<input type="checkbox"/> 卒業証明書	500円	枚	円
<input type="checkbox"/> 成績証明書	500円	枚	円
<input type="checkbox"/> その他 ()	500円	枚	円
合 計			円
使用目的			
提出先			

必要書類等チェック欄

本人確認書類 (写)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()
支払方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 定額小為替 <input type="checkbox"/> 現金書留 ※銀行振込の場合は、振込受付書や ATM 利用明細の写し等を添付。
返信用封筒	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 速達 <input type="checkbox"/> 簡易書留 ※証明書枚数や送付方法に応じて返信用封筒に切手を貼付。

※必要事項に記入及び該当する箇所にチェック☑をして提出してください。