

年 月 日

日本赤十字社
福井県支部長 殿

証 明 書 交 付 願

下記の証明書を必要としますので、交付及び送付くださいますようお願いいたします。

記

学籍番号			卒業年・回生
フリガナ 氏 名			年 卒業 第 回生
生年月日	年 月 日生		
フリガナ 在学時の氏名			
Name * ¹			
現住所	〒□□□□ - □□□□□□ TEL * ² () —		
勤務先	TEL * ² () —		
使用目的・提出先・提出締切日			
証明書の種類	卒業証明書	通	和文・英文
	学業成績証明書	通	和文・英文
数 量		通	和文・英文

受付日	年 月 日	受渡日	年 月 日	手数料 納入印	発行 担当者	証明書発行日	年 月 日
受付方法	直接・郵送	受渡方法	直接・郵送	○	○	証明書番号	
	請求者:		受取人:				

(注意) 太枠の中にご記入下さい。

- *1 英文の証明書を希望される場合は必ず記入して下さい。
- *2 確認事項がある場合、連絡することがありますので、昼間連絡のとれる電話番号を記入して下さい。(携帯電話番号・勤務先等)