

(様式第1号)

証明書交付申請書

年 月 日

(あて先)

仙台市長

[申請者]

卒業年月等	年 月 卒業 (第 回生)
氏 名	
卒業時の氏名 ※証明書類は、卒業時の氏名で発行します。	
生 年 月 日	年 月 日生
住 所	〒 -
電 話 番 号 ※確実に連絡がとれる番号を記入してください。	- -
証明書の受領方法 ※希望項目に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください	<input type="checkbox"/> 郵送にて受領 (下記※4 参照) <input type="checkbox"/> 担当課 (仙台市健康福祉局保健管理課) で受領 (下記※5 参照)

下記のとおり証明書の交付を申請します。

記

証明書の種類	通数	証明書の使用目的等
成績証明書		・使用目的 [] ・提出先 [] ・使用予定日 年 月 日
卒業証明書		・使用目的 [] ・提出先 [] ・使用予定日 年 月 日
		・使用目的 [] ・提出先 [] ・使用予定日 年 月 日

- <お願い> ※1 この申請書は、必ずボールペンで記入してください。(太枠内及び申請年月日をご記入ください。)
※2 この申請書に、ご本人であることを証明する書類(運転免許証のコピー、個人番号カード表面のコピー、卒業証書のコピーなど)を添えて提出してください。
※3 証明書発行までに日数を要する場合があります。あらかじめご了承ください。
※4 郵送での受領をご希望の場合は、返信用封筒(角型2号[A4判が入る大きさ]の封筒に送付先を明記し、返信用切手[定形外簡易書留[50gまで]の場合490円]を貼付したもの)を本申請書と併せて提出してください。
※5 担当課での受領をご希望の場合は、事前に電話で確認の上、お越しく下さい。

担当：仙台市健康福祉局保健管理課保健総務係 〒980-8671 仙台市青葉区国分町3-7-1 電話：022(214)8190