

受付者印
 合計金額 円
 支払 未・済
 郵送希望 ・ 来校



top-secret
 機密

卒業・成績等 証明書交付申請書

申込日：西暦 年 月 日

証明書種類		発行手数料	指定用紙有無		必要部数	手数料合計 (手数料×部数)
卒業証明書	和文	¥300	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(+¥100)	部	円
	英文	¥1,000	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(+¥100)	部	円
成績証明書	和文	¥500	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(+¥100)	部	円
	英文	¥1,000	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(+¥100)	部	円
その他 <small>*事前にお問い合わせ下さい。</small>	和文	-	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(+¥100)	部	円
	英文	-	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(+¥100)	部	円

*指定用紙で発行希望の場合、別途100円がかかります。

使用目的			提出先		
卒業学科	学科		専攻	学籍番号	
入学年月	西暦	年	月	入学	卒業年月
フリガナ	()		性別	西暦	
氏名	旧姓		男・女	生年月日	西暦
アルファベット表記	※英文証明書を希望する場合のみ、パスポート記載の表記で記入				
現住所	〒 -				
郵送先(郵送希望で現住所と異なる場合)	〒 -				
連絡先	※平日の日中に連絡可能な電話番号				
身分証明確認方法	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード(マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 在留カード(外国籍の方) ※発行後は適正に破棄します				
申請準備確認欄	<input type="checkbox"/> 申請書に記載漏れはないか <input type="checkbox"/> 身分を証明する書類の写しはあるか <small>※郵送希望の場合</small> <input type="checkbox"/> 発行手数料分の切手は同封したか <input type="checkbox"/> 返信分の切手は同封したか <small>※代理人申請の場合</small> <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明書の写しはあるか <input type="checkbox"/> 委任状(申込み者本人の署名と捺印)はあるか				
重要	個人情報の保護に関する事項に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません (必ずどちらかに☑をしてください) <small>※同意いただけない場合は、本申込書を学校法人平成医療学園グループの「情報管理規定」に基づいて破棄しますので、証明書の発行はできません。</small>				
個人情報取扱いについて	名古屋平成看護医療専門学校(以下「本校」)では、個人情報保護の重要性を認識し、代表者及び職員が個人情報保護法ならびに本校の基本方針を遵守することにより、個人情報の適切な取得・管理・取扱いに努めます。また、以下の各内容につきましても、必要に応じて適宜見直し、改善を行うものとします。				
第三者提供について	業務委託、および法令の要請など正当な理由のある場合を除き、個人情報の第三者への開示・提供は行いません。				
開示・訂正について	お知らせいただいた個人情報の開示は、その本人からの請求であることを確認した上で行います。また、個人情報の記載に誤りがある場合、速やかに訂正を行います。詳細は、本校までお問い合わせください。				
個人情報管理責任者：学校法人平成医療学園 名古屋平成看護医療専門学校 校長 個人情報保護に関するお問い合わせ窓口 学校法人平成医療学園 名古屋平成看護医療専門学校 電話番号：052-735-1608 受付時間：9:00～17:00 (土日祝日・年末年始は休み) ※お問合せの際にいただく個人情報は、お問合せの対応のみに利用いたします。					