

<提出先> 保健センター・保健室

健康診断証明書交付願

申請日 年 月 日

フリガナ

氏名

学生番号

生年月日(西暦) 年 月 日

使用目的

| 手数料 | 必要部数 | 手数料合計 | 封入した手数料(切手) の合計※ |
|-------------|------|-------|---------------------|
| 200円(1通につき) | 通 | 円 | 円 |

※手数料(切手)合計に返信用封筒用の切手の額を含まないでください。
※余分にお送りいただいた切手の返金はしませんので、必要な金額のみ
同封してください。

受付(職員記入)

学生証の写しを貼ってください。

切手は貼らないでください。