

## 東邦大学健康推進センター 証明書発行申請書（医学部卒業生用）

※発行の可否を確認するため、申請前に必ず健康推進センターに問い合わせをしてください。

申請日 西暦 年 月 日

<b>※在学時の氏名を記入して下さい</b>		英字氏名	※英文証明書申請時は必須	
フリガナ			Family	First
氏名		男	生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳 )	
		女		
現住所	(〒 - ) メールアドレス： 日中連絡のとれる電話番号： 自宅・携帯・職場・その他 ( )			
学籍情報	学籍番号		西暦 年 月 入学 / 西暦 年 月 卒業	退学
使用目的	※差支えない範囲で必ず記入してください 用途 提出先			
受取方法	<input type="checkbox"/> 窓口受け取り <input type="checkbox"/> 郵送（返信先の住所・宛名を記入のうえ、レターパックライトを同封してください）			

必要とする証明書	申込数	合計
健康診断証明書	和文 500円 × 通 / 英文 1,000円 × 通	通 円
各種抗体価及びワクチン接種証明書	和文 500円 × 通 / 英文 1,000円 × 通	通 円
総合計		通 円

書類等の☑をお願いします

<input type="checkbox"/> 本人確認書類（写）	運転免許・パスポート・健康保険被保険証のいずれかのコピー 1 点 ※氏名・生年月日・有効期限は鮮明にコピーをお願いします
<input type="checkbox"/> 改姓した事実が分かる書類（該当者のみ）	
<input type="checkbox"/> 証明書発行料	下記口座へ振込をお願い致します
<input type="checkbox"/> 返信用レターパックライト	郵送受取希望時、返信先の住所および宛名（申請者本人または代理人に限る）を記入
<input type="checkbox"/> 代理人申請の場合	上記書類に加え、委任状（原本）および代理人の身分証明書（写）

**【証明書発行料金振込先口座】**

銀行・支店名：三菱UFJ銀行 蒲田支店

口座番号：普通 671969

口座名義人：学校法人東邦大学医学部口

※申請者氏名の前に必ず **SH** をつけて振込をお願いします

例) SH トウホウ タロウ

領収印	担当者印
-----	------