



関西学院保健館・保健館分室御中

2019 年度 健康診断証明書 発行申込書

必要事項を記入・該当箇所を○で囲んでください。

学部		学生番号	
氏名	(カナ)	生年月日 年 月 日	
	(漢字)	電話番号	
	(英字)	E-mail(任意)	
送付先住所	〒		
使用目的	就職活動・実習・インターンシップ・留学・その他 ()		

申込証明書の種類		単価	枚数	金額
2019 年度 健康診断証明書 (和文)		400 円	枚	円
2019 年度 健康診断証明書 (英文)		500 円	枚	円
合計			枚	円
受取方法	窓口 / 普通郵便 ・ 速達郵便 (金額は HP でご確認ください)			

※郵送を希望される場合、合計金額の郵便定額小為替を同封してください。受取人の氏名欄、住所欄には、何も記入しないでください。

※申込票に記載された個人情報は証明書発行以外の目的には使用いたしません。

【問い合わせ先】

西宮上ヶ原キャンパス 保健館 0798-54-6035

神戸三田キャンパス保健館分室 079-565-9045

西宮聖和キャンパス保健館分室 0798-54-6509

【保健館使用欄】

受領日 _____

交付方法 窓口 ・ 普通 ・ 速達

備考 英文 ・ 要面談 _____

発行・送付日 _____