

係長	学務係

証明書交付願

申請年月日：令和 年 月 日

医学部 ※該当の学科，学校名に☑を入れてください。

医学科			
附属看護学校	附属助産婦学校	附属診療放射線技師学校	

以下、記入漏れの無いようご記入ください。(※は、いずれかを○で囲んでください。)

学生証番号	M	氏名	フリガナ
			ローマ字 (英文証明の場合)
(医学部医学科のみ記載)	出生年	現住所	〒 (旧姓)
			※昭和・平成 年 (西暦 年) 月 日生
学籍	※都・道・府・県・国	電話番号 ()	E-Mail
入学	※昭和・平成・令和 年 月 入学	卒業	※昭和・平成・令和 年 月 卒業 (見込)
厳封の有無	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	

下記証明書 (※ 和文 ・ 英文) を発行願います。

●成績証明書 部

●卒業証明書 部

●その他 () 部

提出先 (それぞれを記入)	使用目的 (就職活動、出願等)

- 【注意】
1. 印鑑は必ず押印してください。
 2. 和文は3日後，英文は7日後 (成績証明書 (英文) は10日後) の発行を予定しております。(土日及び祝日は除きます。)
 3. 英文の証明書の場合は，ローマ字表記の氏名を必ずご記入ください。
 4. 提出先にある必要部数しか発行できません。控としての申請はご遠慮ください。