

専門員	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)	月	日	☉ (旧姓)
			※昭和・平成 年（西暦 年） 月 日生
本籍	※都・道・府・県・国	現住所	〒 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
- 調査書 ※附属学校卒業の方のみ 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。