

# 証明書交付願

年 月 日

学 長 殿  
医学部長

学 科 : 医学科 生命科学科 保健学科 ( 看護 ・ 検査 )

学 生 番 号 :

氏 名 :

(英文証明書:ローマ字氏名・国籍 並記)

生 年 月 日 : 年 月 日

入 学 年 月 日 : 年 月 日

在 学 年 次 (在学生のみのみ) : 第 年 次

卒 業 年 月 日 (卒業生のみのみ) : 年 月 日

下記により、証明書を交付していただきたくお願いいたします。

記

使 用 目 的

---

提 出 先

---

成 績 証 明 書 ... 通

- 成績証明書の厳封を希望する  
(H28.5.1より偽造防止処理が施されているため、原則厳封なしでの受け渡しとなっています。  
厳封を希望される場合、左記にチェックをお願いします。)

年 次 無 し 在 学 証 明 書 ... 通

必 要 理 由

---

卒 業 証 明 書 ... 通

特 殊 証 明 書 ... 通  
( )

※下線部は具体的に記入すること、記入なきものは交付できません。

※和文の在学証明書・卒業見込み証明書・成績証明書については自動発行機にて発行してください。

英文証明書、提出先の指定様式のある証明書は「特殊証明書」として請求してください。

---

発行年月日