

証明書発行願

申込年月日：平成 年 月 日

医学部長 殿

在學生

学 年： 年

学籍番号：

フリガナ

氏 名 ⑩

生年月日 昭和・平成 年 月 日

卒業生

卒 業：平成 年 3月卒業

フリガナ

氏 名 ⑩

※卒業後改姓された場合は、卒業時の氏名を以下に記入してください。

生年月日 昭和・平成 年 月 日

連絡先電話番号

このたび _____ の為、下記の証明書を必要としますので、交付方よろしくをお願いします。

(※ 在學生で、**在学証明書**または**卒業見込証明書（6年生のみ）**が必要な場合は、**証明書自動発行機**を利用してください。)

記

- | | |
|------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 成 績 証 明 書 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 卒 業 証 明 書 | ※卒業生のみ 通 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | 通 |

※ 必要な証明書にレ印をし、必要部数を記入してください。

※ 証明書の作成期間は、原則として**3日（土・日・祝日を除く）**です。