

課長	副課長	係長	係員	起案日	令和	年	月	日	起案者印
				決裁日	令和	年	月	日	
つぎのとおり発行してよろしいか伺います。				発送	速達・普通・使送				
					令和	年	月	日	

※上記の枠内は担当者が記入します。(Staff fills in the above box.)

証明書交付願

(Application Form for Certificate)

※必要な証明書の学歴を記入してください

(学部と大学院両方の証明書が必要な場合は、その旨を備考欄に記入してください)

年 月 日 申込

ふりがな			
氏名 Name	(旧姓 Maiden name:)		
英文用 Name in English alphabet			
生年月日 Date of birth	年 Year	月 Month	日 Day 生 Birth
学科・教育部・研究科 Department	(学部) Faculty 医学部 保健学科 Department		学専攻 Course
	(大学院) Graduate School 保健科学教育部 Department		課程 Course
入学及び卒業年月 Date of admission and graduation	(学部) Faculty 年 Year 月 Month ~		年 Year 月 Month
	(大学院) Graduate school 年 Year 月 Month ~		年 Year 月 Month
証明書種類及び部数 Type of Certificate and Number of copies needed	<input type="checkbox"/> 卒業・修了証明書 (厳封: 要・不要) Certificate of Graduation (Sealed in envelope: Needed / Not needed)	和文 Japanese ()部 copies 英文 English ()部 copies	
	<input type="checkbox"/> 成績証明書 (厳封: 要・不要) Certificate of Transcript (Sealed in envelope: Needed / Not needed)	和文 Japanese ()部 copies 英文 English ()部 copies	
	<input type="checkbox"/> その他【 】 Other kind	和文 Japanese ()部 copies 英文 English ()部 copies	
	合計 Total amount ()部 copies		
提出先 Place of submission			
必要理由 Intended use			
電話連絡先 Phone number			
メールアドレス Email address			
身分証明証の写し Copy of identification card	<input type="checkbox"/> 運転免許証 Driver's license <input type="checkbox"/> 健康保険証 Health insurance card <input type="checkbox"/> 学生証 Student card <input type="checkbox"/> その他 Other kind ()		
受け取り方法 How to receive	<input type="checkbox"/> 郵送 Sent by postal mail <input type="checkbox"/> 医学部学務課 Receive at Educational Affairs Division of Faculty of Medicine		
備考 Remarks			