

学 長	医学部長	副医学部長	教務委員長	学生指導委員長	事務部長

## 証明書交付願

藤田保健衛生大学

平成 年 月 日

学長 星 長 清 隆 様

大学院医学研究科  
医学部医学科

学年

(昭和 平成 年 月 日卒業)  
※卒業生のみ記入

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏 名

印 男・女

本 籍 地 \_\_\_\_\_

昭和 平成 年 月 日生 ( ) 才

◆必ず連絡の取れる電話番号を記入のこと。

現 住 所 \_\_\_\_\_

<TEL>

下記の証明書を交付願います。

使用目的 \_\_\_\_\_

提 出 先 \_\_\_\_\_

種 類	申 込 件 数	一件につき 証明手数料	料 金	※受領印	※証明書発行番号
卒業証明書	件	400 円	円		No.
卒業見込証明書	件	200 円	円		No.
学業成績証明書	件	500 円	円		No.
調 査 書	件	500 円	円		No.
在 学 証 明 書	件	200 円	円		No.
通学証明書 利用交通機関 名鉄・JR 近鉄・その他 通用  か月	件	無料			区間  No.
外国文の証明書 [ ]	件	1,200 円	円		No.
その他の証明書 [ ]	件	300 円	円		No.
計	件		円		

「注」※印は発行者が記入する。  
申し込みの翌日に交付する（土曜日のときは月曜日）。