

証明書交付願(医学部・医学研究科卒業生用)

西暦 年 月 日申込

藤田医科大学 学長様

西暦 年 月 入学・編入学 医学部医学科：_____ 回生

西暦 年 月 卒業・退学 大学院医学研究科：_____ 専攻

フリガナ _____
氏名 _____ ⑨ 男・女

学籍番号 _____ 英文(氏名)：_____

本籍地 _____ 都・道・府・県 西暦 年 月 日生 (才)
英文(本籍地・国籍)：_____ 改姓前氏名 _____

〒 _____
現住所 _____ 連絡先電話番号(_____)

使用目的 _____ のため、下記証明書を交付願います。

◎提出先名 [_____] を記入のこと。

種類	申込数	1件につき証明手数料	料金	*受領印	*証明書番号
卒業証明書	通	400円	円		No.
学業成績証明書	※ 通	500円	円		No.
退学証明 (在学期間証明)	※ 通	300円	円		No.
調査書	※ 通	500円	円		No.
その他の証明 ()	※ 通	300円	円		No.
英文証明書	卒業証明書	※ 通	1,200円	円	No.
	学業成績証明書	※ 通	1,200円	円	No.
	修了証明書 (大学院博士課程)	※ 通	1,200円	円	No.
	その他証明 ()	※ 通	1,200円	円	No.
合計	通		円		

[注] *印は発行者が記入する。

- ・交付は申込の翌日午後以降(休日の場合は翌々日)
- ・※印の証明書の交付は申込み日を含め7日後(休日は除く)
- ・本人確認ができるもの(自動車運転免許証、保険証など)を窓口で提示していただきます。郵送で申し込む場合は、本人確認ができるものの写しを同封してください。
- ・本証明書交付願に記載された氏名、住所、生年月日の個人情報、証明書作成・発行に関すること以外には利用いたしません。

		発行	領収確認	受付日