

証明書交付願(医療科学部・保健衛生学部・保健学研究科卒業生用)

年 月 日申込

藤田医科大学 学長様

年 月 入学・編入学 _____ 学部: _____ 学科 _____ 専攻 _____
 年 月 卒業・退学 _____ 大学院保健学研究科: _____ 専攻 _____ 領域・分野 _____

フリガナ _____
 氏名 _____ 男・女

学籍番号 _____ 英文(氏名): _____
 _____ 年 月 日生 (才)

本籍地 _____ 都・道・府・県 _____ 改姓前氏名 _____
 英文(本籍地・国籍): _____
 〒 _____ - _____

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。

◎就職応募先に提出する場合は、応募先名 [_____] 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.
修了証明書	通	400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	※ 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