

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 殿

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 _____ 男・女

学籍番号 _____

ローマ字表記 _____ ※英文証明書申請時のみ

西暦 年 月 日生 (才)

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 _____

種類	申込件数	1件につき 証明手数料	料 金	*受領確認	*証明書番号
卒業証明書	件	400円	円		No.
修了証明書	件	400円	円		No.
学業成績証明書	※ 件	500円	円		No.
退学証明 (在学期間証明)	件	300円	円		No.
調査書	※ 件	500円	円		No.
その他の証明 ()	※ 件	300円	円		No.
英文 証明 書	卒業証明書	※ 件	1,200円	円	No.
	修了証明書	※ 件	1,200円	円	No.
	学業成績証明書	※ 件	1,200円	円	No.
	その他証明 ()	※ 件	1,200円	円	No.
合計	件		円		

[注] *印は発行者が記入する。

- ・交付は申込受付の翌営業日午後以降
- ・*印の証明書の交付は申込み日を含め7日後(休日は除く)
- ・官公署発行の顔写真付きの証明書(運転免許証、マイナンバーカード、旅券等)を窓口で提示していただきます。郵送で申し込む場合は、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・発行に関する以外には利用いたしません。

確認者	発行者	ID確認・受付者