

学 長	医学部長	教務委員長	学生指導委員長	学務部長

証明書交付願

西暦 年 月 日

藤田医科大学長 殿

医学部医学科 学年

(西暦 年 月 日卒業)
※卒業生のみ記入

学籍番号 _____

氏名 _____ 印 男・女

本籍地 _____

西暦 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）。