|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 副課長 | 係長 | 学務係 |
|  |  |  |  |

証 明 書 交 付 願

申請年月日：令和　　年　　月　　日

**医 学 部**　　※該当の学科，学校名に☑を入れてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医学科 |  |  |  |  |
|  | 附属看護学校 |  | 附属助産婦学校 |  | 附属診療放射線技師学校 |

以下、記入漏れの無いようご記入ください。（※は，いずれかを○で囲んでください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生証  番  号 |  |  | Ｍ |  |  |  |  |  | 氏  名 | フリガナ | | |
| **ローマ字（英文証明の場合）** | | |
| （旧姓　　　　　　　　） | | |
| （医学部医学科のみ記載） | | | | | | | | 生年  月日 | ※昭和・平成　　　年（西暦　　　　　年）　　　月　　　日生 | | |
| 本籍 | ※都・道・府・県・国 | | | | | | | | 現住所 | 〒  電話番号　　　（　　　）  E-Mail | | |
| 入学 | ※昭和・平成・令和  　年　　月入学 | | | | | | | | | | 修了卒業 | ※昭和・平成・令和  年　　月 卒業（見込）・修了（見込） |
| 厳封の有無 | □希望する | | | | | | | | | | | □希望しない |

下記証明書（ ※ 和文 ・ 英文 ）を発行願います。

●成績証明書　　　　　　　　　　　　　部

●卒業証明書　　　　　　　　　　　　　部

●調　　査　　書　※附属学校卒業の方のみ　　　　　部

●その他（　　　　　　　　　　　）　　　　部

|  |  |
| --- | --- |
| 提出先（それぞれを記入） | 使用目的（就職活動、出願等） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

【注意】１．印鑑は必ず押印してください。

　　　　　２．**和文は３日後，英文は７日後（成績証明書（英文）は１０日後）の発行を予定**

**しております。（土日及び祝日は除きます。）**

　　　　　３．**英文の証明書の場合は，ローマ字表記の氏名を必ずご記入**ください。

　　　　　４．提出先にある必要部数しか発行できません。控としての申請はご遠慮ください。