

証明書交付申請書

【申請者】		【申請日】		年	月	日
所属等	<input type="checkbox"/> 医学部 医学科 <input type="checkbox"/> 研究生 <input type="checkbox"/> 医学部 看護学科 <input type="checkbox"/> 科目等履修生 <input type="checkbox"/> 助産学専攻科	学籍 番号				
		<input type="checkbox"/> 在学中（第 学年） <input type="checkbox"/> 卒業 昭和 年 月 <input type="checkbox"/> 退学 平成 年 月				
フリガナ			生年 月日	昭和 平成 西暦	年	月
氏名	卒業時の氏名 *卒業後、改氏名した場合、記入					
ローマ字 氏名	*英文証明の場合、卒業時の氏名を記入		電話 番号			
住所	〒 ー		*屋間連絡可能な番号を記入			
			メール アドレス	*連絡可能なメールアドレスを記入		

【請求する証明書】

申請書類	和文	英文	備考（厳封要望等）
<input type="checkbox"/> 在学証明書	通	通	
<input type="checkbox"/> 卒業見込証明書	通	通	
<input type="checkbox"/> 卒業証明書	通	通	
<input type="checkbox"/> 在学期間証明書	通	通	
<input type="checkbox"/> 学業成績証明書 【厳封 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要】 *厳封の必要性については、提出先にご確認下さい。 未記入の場合は、不要と判断させていただきます。	通	通	
<input type="checkbox"/> その他 { }	通	通	
使用目的	<input type="checkbox"/> 奨学金の申請 <input type="checkbox"/> 大学院受験 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> その他（右に記入） { }		
提出先	*具体的に記入		

*証明書は、本学卒業時のお名前でも証明されます。
 *代理人申請、受取の場合、本人からの委任状が必要になります。
 *返信用封筒は、定形外（角型2号）をご用意下さい。
 *本人確認書類とは、本学学生証（在学生）・運転免許証・パスポート・健康保険証などです。

受取り方法

- 窓口（本人確認書類をご提示下さい）
 郵送（本人確認書類の写し、返信用封筒（切手を貼り、宛先を記入）を同封して下さい）

大学記入欄： 年 月 日交付

〒431-3192
 浜松市東区半田山一丁目20-1
 浜松医科大学 学務課教務係
 053-435-2203