

学 位 記 送 付 願

浜松医科大学長 様

【提出日】 年 月 日

氏名		生年 月 日	昭和 平成 西暦 年 月 日
学科		TEL (携帯)	
学籍番号		Mail	

私は、下記の理由により学位記授与式に出席できません（でした）ので、学位記を送付（着払）
くださるようお願いいたします。

なお、郵送途中で証書の紛失、破損が生じた場合、大学に対する責任の追及、再発行を求めない
ことを了承いたします。

記

欠席理由	
送付先 (国内に限る)	〒

添付書類（チェックをつけてください。）

☐ 学生証（学位記授与式後の願い出の場合に限り必要）

提出先：浜松医科大学学務課教務係

★取得した個人情報は、学位記送付手続き以外の目的では使用いたしません。