【学部生・専攻科生用】

証 明 書 交 付 申 請 書

【申請者】　　【申請日】　　年　　月　　日

所属等	□ 医学部 医学科　□ 研究生 □ 医学部 看護学科　□ 科目等履修生 □ 助産学専攻科	学籍番号	
		□ 在学中（第　　学年） □ 卒　業　昭和・平成・令和　　年　　月 □ 退　学	
フリガナ		生年月日	昭和・平成・西暦　　年　　月　　日
氏　名	卒業時の氏名 ＊卒業後、改氏名した場合、記入		＊英文証明の場合、西暦も併せて記入
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	＊昼間連絡可能な番号を記入
住　所	〒　　ー	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）
□ 在学証明書	通	通	【 厳封　□ 必要　□ 不要 】
□ 卒業見込証明書	通	通	【 厳封　□ 必要　□ 不要 】
□ 卒業証明書	通	通	【 厳封　□ 必要　□ 不要 】
□ 在学期間証明書	通	通	【 厳封　□ 必要　□ 不要 】
□ 学業成績証明書	通	通	【 厳封　□ 必要　□ 不要 】
□ その他（以下に記入） （　　）	通	通	＊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。

使用目的	□ 奨学金の申請　□ 大学院受験 □ 就職　□ 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
浜松市中央区半田山一丁目20番1号
浜松医科大学　学務課教務係
053-435-2203

★取得した個人情報は、証明書交付手続き以外の目的では使用いたしません。