

証 明 書 発 行 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"/> 医学部 看護学科 <input type="checkbox"/> 大学院 医学系研究科博士課程 <input type="checkbox"/> 大学院 医学系研究科修士課程	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 修 了 <input type="checkbox"/> 退 学				
フリガナ		生年 月日	年	月	日	
氏 名						
ローマ字 氏 名		電話又 は メール	<input type="checkbox"/> 卒 業 <input type="checkbox"/> 修 了 <input type="checkbox"/> 退 学			
		*昼間連絡可能な番号又はメールアドレスを記入				

【請求する証明書】		和文	英文	備 考（厳封要望等）
申 請 書 類 の 種 類 (□の中に「レ」を記入してください)				
<input type="checkbox"/> 卒業証明書		通	通	
<input type="checkbox"/> 修了証明書		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				
提 出 先	*具体的に記入			

*太枠内は記入必須項目です。無記入・空欄箇所がないようお願いいたします。

*各種証明書は、本学卒業時の姓名で発行・交付されます。

*返信用封筒は、定形外（角型2号）をご用意下さい。

〒078-8510
 旭川市緑が丘東2条1丁目1-1
 旭川医科大学 学生支援課
 教務係(学部)
 大学院・留学生係（大学院）