

証明書交付願

(西暦) 年 月 日

大阪医科薬科大学 学長 殿

医学研究科 (修士・博士) 看護学研究科 (修士・博士)

- ・大学院 第 学年 (学籍番号)
- ・研究生

フリガナ
氏 名

(旧姓 :)

この度、下記証明書が必要ですので交付願います。

記

(西暦) 年度 入 学	ローマ字 表 記	*英文の証明書を必要とする場合のみ記入
(西暦) 年度 修了・見込・退学	生年月日	(西暦) 年 月 日生
理 由		
提出先		

証明書について、厳封が必要な場合はチェックを入れてください。記入のない場合は厳封しません。 厳封必要

必要証明書

和文(発行手数料 1通 300円)	英文(発行手数料 1通 1,000円)	
<input type="checkbox"/> 在学証明書 通	<input type="checkbox"/> 英文在学証明書 通	
<input type="checkbox"/> 成績証明書 通	<input type="checkbox"/> 英文成績証明書 通	
<input type="checkbox"/> 単位取得退学証明書 通	<input type="checkbox"/> 英文単位取得退学証明書 通	
<input type="checkbox"/> 修了証明書(学位取得者) 通	<input type="checkbox"/> 英文修了証明書(学位取得者) 通	
<input type="checkbox"/> 在学期間証明書 通	<input type="checkbox"/> 英文在学期間証明書 通	
<input type="checkbox"/> 学位授与証明書 通	<input type="checkbox"/> 英文学位授与証明書	
※授 与 : 年 月 日	※授 与 : 年 月 日	
※審 査 : 年 月 日	※審 査 : 年 月 日	
※甲・乙 第 号	※甲・乙 第 号	
その他証明書 (以下に詳細を記入すること)	※証明書を郵送希望する場合は、郵便番号・住所・宛名を記入し、郵便切手を貼付した返信用封筒を持参すること。 ※海外への直送は取扱っていません。	
	連絡先: 内線・PHS・携帯	手数料 受 付
		¥ 済・未

上記願出のあった個人情報は、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。