証 明 書 交 付 願

令和　　年　　月　　日

　愛知医科大学大学院医学研究科長　　殿

大 　学　 院 （西暦） 　　　　　　年　　 月　修了・学位取得

学 籍 番 号

【わかれば記入してください。】氏 名

【修了時の氏名。英文希望の場合はローマ字を併記してください。】

生 年 月 日 (西暦)　　　　年　　　月　　　日

下 記 の 証 明 書 を 交 付 し て く だ さ る よ う お 願 い し ま す 。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交 付 証 明 書 | 邦文 | 英文 | 受 領 | 備　　考 |
| 数 | 手数料 | 数 | 手数料 |
| 在 学 証 明 書 |  | 500 円 |  | 1,200 円 | 済 ・ 未 |  |
| 修 了 証 明 書 |  | 500 円 |  | 1,200 円 | 済 ・ 未 |
| 学位授与証明書 |  | 500 円 |  | 1,200 円 | 済 ・ 未 |
| 成 績 証 明 書 |  | 500 円 |  | 1,200 円 | 済 ・ 未 |
| その他の証明書（ ） |  | 500 円 |  | 1,200 円 | 済 ・ 未 |
| その他の証明書（ ） |  | 500 円 |  | 1,200 円 | 済 ・ 未 |
| 使用目的 |  |
| 提出先 |  |
| 交付希望日 |  |
| 交付方法（いずれかに〇） | 教務課窓口　・　郵送※郵送の場合，別途レターパックライト代430円をご負担ください。 |
| 送付先住所（郵送の場合のみ） | 　〒　　　－ |
| 連絡先 | 　電話番号：　　　　　　　　　E-mail: |