

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下さるようお願いいたします。

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○)	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:			