証 明 書 発 行 申 請 書

【申請者】

【申請日】　　年　　月　　日

所属等	□ 医学部 医学科 □ 医学部 看護学科 □ 大学院　医学系研究科博士課程 □ 大学院　医学系研究科修士課程	□ 卒　業 □ 修　了 □ 退　学	年　　月
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏　名	＊卒業後、改氏名した場合、記入		
ローマ字 氏　名		電話又はメール	＊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】

申請書類の種類 （□の中に「レ」を記入してください）	和文	英文	備　考（厳封要望等）
□ 卒業証明書	通	通	
□ 修了証明書	通	通	
□ 在学期間証明書	通	通	
□ 学業成績証明書 【 厳封　□ 必要　□ 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	
□ 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）