発行時決裁欄	学務課長	課長補佐	起案係

証 明 書 発 行 申 請 書（卒業者・修了者・退学者用）

【申請者】

【申請日】　　年　　月　　日

所属等	※証明書が必要な所属等の□に✓してください □ 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	※西暦・和暦いずれも記入ください □ 卒業　□ 退学　（西暦）　年　月　（和暦）　S・H・R　年 □ 修了　□ 退学　（西暦）　年　月　（和暦）　S・H・R　年	
フリガナ		生年月日	※西暦・和暦いずれも記入ください （西暦）　年　月　日 （和暦）　S・H　年
氏　名	＊改氏名した場合、右欄に記入ください		
英字氏名	※ローマ字（ヘボン式）で記入ください	電話番号	＊日中連絡可能な番号（固定電話の場合は市外局番から）を記入ください
Eメール	※日常的に確認するアカウントのメールアドレスを記入ください		

【請求する証明書】

申請書類の種類 必要に応じ□の中に✓を記入ください	和文	英文	備　考
□ 卒業証明書　①	通	通	
□ 修了証明書　②（大学院修了者のみ）	通	通	
□ 在学期間証明書 ③	通	通	
□ 学業成績証明書 ④	通	通	
□ その他　⑤（　　）	通	通	
厳封が必要な証明書の番号に✓してください □ ①　□ ②　□ ③　□ ④　□ ⑤ ＊厳封の必要性については、提出先にご確認下さい。			

※以下は具体的に記入してください。

使用目的	
提 出 先	

＊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）をご用意ください。また、郵送料分の切手貼付もお願いします。

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