

医学研究科証明書交付願

(Graduate School of Medicine : Application for Certificate)

申込日 年 月 日
Date of Request Year Month Day

氏名 Name				本籍 Nationality
英文表記氏名 Name (English alphabet)				* 英文証明が必要な場合
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 day	男(M)・女(F)
現住所 (Address)	〒 TEL			
日中連絡先 (Urgent Contact: ex Laboratory or Place of Work)	〒 TEL			
E-Mail Address	@			

課程 Course	専攻 MAJOR	学籍番号 Student ID No.	学年 Grade	入学（修了）年月 Date of Admission / Date of Graduation
博士 DOCTOR'S COURSE			年	
研究生 RESEACH STUDENT			年	

証明書の発行を申請します。I hereby apply for the following certificate(s).

証明書の種類 CERTIFICATION	必要部数 Number of Copies	
	和文 Japanese	英文 English
在学証明書 (CERTIFICATE OF ENROLLMENT)		
在学期間証明書 (CERTIFICATE OF SCHOOL ATTENDANCE)		
修了(見込)証明書 (CERTIFICATE OF (EXPECTED) GRADUATION)		
学位授与証明書 (CERTIFICATE OF DEGREE)		
成績証明書 (TRANSCRIPT)		
その他 (Any other certificate)[]証明書		

提出先 Where to Submit	使用目的 Purpose of Use

- 英文証明書は交付までに通常1週間かかります。(Usually it takes 1 business week)
- 受取方法 (Choice of Receiving)
 - ☐ 教務係で受け取る。I will pick up my certification at Educational Affairs Section.
 - ☐ 郵送を希望する。I would like to receive my certification by postal mail.
- ※ 宛先を記入し返信用切手を貼付した返信用封筒を同封のうえご請求下さい。
Please enclose a self-addressed stamped envelope.
- 厳封 ☐ 要 (Sealed) ☐ 不要 (NOT Sealed)