

(保健科学部卒業生・修了生用)

証 明 書 発 行 願

(卒業生・修了生用)

申請日 年 月 日
交付日 年 月 日

福島県立医科大学長 様

確認印

卒業(修了)年度 _____ 年 _____ 月 卒業/修了

住 所 _____

氏 名 _____ (旧姓)

電 話 番 号 _____

メールアドレス _____

(注1) 英 文 氏 名 _____

生 年 月 日 _____

下記の理由で証明書が必要ですから交付願います。

記

1 証明書の種類及び必要枚数

(1) 卒 業 証 明 書 (和文) _____ 通 (英文) _____ 通

(2) 成 績 証 明 書 (和文) _____ 通 (英文) _____ 通

(3) 修 了 証 明 書 (和文) _____ 通 (英文) _____ 通

2 交付を受けようとする理由

(1) 卒 業 証 明 書

発行番号	
発行番号	

(2) 成 績 証 明 書

発行番号	
発行番号	

(3) 修 了 証 明 書

発行番号	
発行番号	

3 証明書発行手数料

@ 300円 × _____ 通 = _____ 円

注1 英文証明書を申請する場合は、英文氏名を記入すること。

注2 卒業証明書を申請する場合は、本籍を記入すること。