|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **証明書発行手数料**  (在学中は不要)  １通につき  ４００円  ※郵便で申請される  場合は、必要な手  数料分の郵便小為  替（無記入）を同  封してください。 | **証　明　書　交　付　申　請　書** | |
| 申　　　請　　　者  住　所　・　氏　名 | ［住　　所］〒　　　　－ ［ＴＥＬ］　　　　－　　　　－  ［E-mail］  　　　　　（※メールでの連絡を希望される場合はご記入下さい。）  ［氏　　名］ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　［生年月日］昭和・平成　　　　年　　　月　　　日    （卒業時の姓： 　　　　　　）※変更ありの場合のみ  ［英文氏名］ ［卒業年次］昭和・平成・令和　　　　　年　　　月  (英文証明書が必要な場合、氏名は、漢字及びローマ字綴りを併せて記入ください。) |
| 証明内容  の種類 | □　卒業証明書　　　　　（　　）通  □　成績証明書　　　　　（　　）通  □　英文卒業証明書　　　（　　）通  □　英文成績証明書（教養　　　　　通・専門　　　　通）  □　その他（　　　　　　　　　　）　　　（　　）通 |
| 利用の目的 |  |
| 提　　出　　先 |  |
| 上記のとおり証明書交付をお願いします。  京都府立医科大学長　　　様    令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名 | |

(医学部医学科用)

京　都　府　立　医　科　大　学