

\*印は記入しないでください。

手数料 1 通につき400円 の手数料が必要です。 (大学院生、研究生 として在学中は不要) お支払い方法： 教育支援課大学院係 で請求書を受け取り、 病院の料金支払い窓口 でお支払いください。 領収書を申請書に併 せて提出してください。 ※郵便で申請される 場合は、郵便小為替 を同封してください。	<h1 style="margin: 0;">証 明 書 交 付 申 請 書</h1>		* 証明等年月日 . .
	申請者 住所氏名	(連絡先電話番号 (学内連絡先 内線 )) [住 所] [氏 名] [英文氏名]	
		昭和・平成 年 月 日 生 昭和・平成・令和 年度大学院・研究生入学 (大学院専攻： 主科目： )	
		(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。)	
	種 類	<input type="checkbox"/> 和文証明書 ・在学証明書 通 通 ・学位授与証明書 通 通 <input type="checkbox"/> 英文証明書 ・在学証明書 通 通 ・学位授与証明書 通 通 <input type="checkbox"/> その他証明書 ( 通 )	
	利 用 の 目 的		
	提 出 先		
	上記の証明書の交付をお願いします。 京都府立医科大学長 様 年 月 日 氏名		