

(医学部医学科用)

証明書発行手数料 (在学中は不要)		証明書交付申請書	
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。	申請者	[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。)
	住所・氏名	[氏名] (卒業時の姓：) ※変更ありの場合のみ [英文氏名]	[生年月日] 昭和・平成 年 月 日 [卒業年次] 昭和・平成・令和 年 月
	証明内容の種類	(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。)	
	利用の目的	<input type="checkbox"/> 卒業証明書 () 通 <input type="checkbox"/> 成績証明書 () 通 <input type="checkbox"/> 英文卒業証明書 () 通 <input type="checkbox"/> 英文成績証明書 (教養 通・専門 通) <input type="checkbox"/> その他 () () 通	
	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			

京 都 府 立 医 科 大 学