【東京医科大学　医学科学務課行 Fax03-3351-8181】

証　明　書　発　行　申　込　書

	申込日	平成　　年　　月　　日	
氏名	フリガナ 英文証明書が必要な方は、氏名の英語表記も記載してください。 卒業時と氏名が異なる場合は、卒業時の氏名も記載してください。 卒業時の氏名（　　）	生年月日	昭和・平成 年　　月　　日生
		連絡先（携帯）	ー　　ー
証明書送付先住所	〒	（現職）	
昭和・平成	年　　月　　日　　医学部入学　・　大学院入学		
昭和・平成	年　　月　　日　　医学部卒業・退学・大学院修了・大学院満期退学		

下記証明書の発行を申し込みます。

発行を希望する証明書	単価（円）	必要枚数	必要とする理由	提出先（具体的に）
成績証明書（学部・大学院）	300			
成績証明書（学部・大学院）（英文）	1,000			
卒業証明書	200			
卒業証明書（英文）	500			
調査書	1,000			
在学期間証明書	200			
単位取得証明書	200			
修了証明書【課程博士】	200			
修了証明書【課程博士】（英文）	500			
学位取得証明書【論文博士】	500			
学位取得証明書【論文博士】（英文）	1,000			
その他				
送料（普通郵便希望）	82			
（速達郵便希望）	362			
			振込予定日	月　　日頃

合計枚数	通	合計金額（送料含む）	円

1. 本人確認のため、身分証明書（運転免許証、パスポート等）の写しを証明書発行申込書と共に Fax でお送りください。
2. 代理人が申し込む場合は、証明書請求者の委任状（書式自由）を添付してください。
3. 合計金額欄は、必ず送料を含んだ金額を記載した後、お振り込みください。

振込先銀行名　：　三井住友銀行　新宿通支店
振込先口座名　：　学校法人　東京医科大学
種　　別　：　普通預金
振込先口座番号：　０９２１９４１
※振込人氏名は証明書発行申込者名（代理人名不可）でお願いいたします。
※振込手数料は振込人様でご負担ください。

大学記入欄
【本人確認欄】 □運転免許証写　□パスポート写 □健康保険証写　□年金手帳写 （No.　　）