

証明書発行願 (神戸キャンパス)

年 月 日

兵庫医科大学長 殿

申請者	
学籍番号	
(フリガナ) 氏 名	

※証明書は在籍時の氏名で発行します。

以下のとおり証明書を発行願います。

所属 ※希望する証明書発行区分に☑して、 在籍時の所属を記入してください。	☐ 【学部生用】 ☐ 【大学院生用】	学部 学科 研究科
入学/卒業	年 4月 入学 / 年 月 卒業・その他	
生年月日	年 月 日生	
現住所	〒	
ローマ字(氏名) ※英文証明書を発行する場合のみ		
連絡先 ※いずれかに☑してください。	☐ 電話番号 () ☐ E-MAIL ()	
発行希望の証明書 ※和文/英文を選択して、該当する 証明書を☑してください。	☐ 卒業/修了(見込)証明書(和文/英文) _____部 ☐ 成績証明書(和文/英文) _____部 ☐ その他() _____部 発行手数料：証明書 1 部あたり500円 合計 _____円	
発行理由/提出先		
補足事項等		

【添付書類及び同封物】

- ・「現金書留」を使用して、下記を同封のうえ、郵送で申請してください。
- ①身分証明書(運転免許証等)のコピー
- ②発行手数料(現金) ※ 返金できません。おつりのないようお願いします。
- ③返信用封筒 ※要切手貼付

【注意事項】

- ・封筒に「証明書発行願在中」と朱書きすること。
- ・速達による郵送を希望する場合は、速達料金を加えた料金の切手を貼付すること。
- ・土曜日・日曜日・祝日、年末年始休業及び夏季一斉休業中は発行できません。
- ・証明書によっては発行までに1週間程度の期間を要しますので、余裕をもってお申し込みください。

【宛先及び問合せ先】

〒650-8530

兵庫県神戸市中央区港島 1 丁目 3 番地 6

兵庫医科大学 神戸教学課

<学部生用をお申し込みの方>

TEL : 078-304-3008

E-MAIL : kyomu_ml@ml.hyo-med.ac.jp

<大学院生用をお申し込みの方>

TEL : 078-304-3014

E-MAIL : daigakuin@ml.hyo-med.ac.jp

<受付>