

証明書発行申込書

ふりがな 氏名 (英語表記)	() ※英文証明書が必要な方は氏名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。 ※改姓届が未提出の場合には、卒業時の氏名での発行となります。	【申込日】 年 月 日	
		【生年月日】 昭和・平成 年 月 日生	
送付先住所	〒		
メールアドレス		現職・施設名	
連絡先電話番号		証明書提出先	
昭和・平成・令和	年 月 日	医学部入学	大学院(修士, 博士)入学
昭和・平成・令和	年 月 日	医学部卒業・退学	大学院(修士, 博士)修了・満期退学

発行希望する証明書	必要枚数(部数を記入してください)		必要とする理由
	和文	英文	
成績証明書(卒業生)	部(300円)	部(1,000円)	
成績証明書(大学院)	部(300円)	部(1,000円)	
卒業証明書	部(200円)	部(500円)	
調査書	部(1,000円)		
在学期間証明書(学部)	部(200円)	部(500円)	
在学期間証明書(大学院)	部(200円)	部(500円)	
修了証明書(修士課程・博士課程 甲のみ)	部(200円)	部(500円)	
学位取得証明書(論文博士 乙のみ)	部(500円)	部(1,000円)	
単位取得証明書 ※大学院のみ	部(200円)		
その他証明書 ※要問合せ			

【送料】該当する送料にチェックを入れてください。

普通郵便 (140円) レターパック (370円) EMS 海外送料 (ご相談ください)

【合計枚数 枚】 【合計金額(送料含む) 円】

【振込予定日 年 月 日 頃】

1. 本人確認の為、身分証明書(運転免許証、パスポート等)の写しをこちらの用紙と共に FAX でお送り下さい。
2. 合計金額欄は、必ず送料を含んだ金額を記載した後、お振込みください。
3. 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。

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

※振込氏名は証明書申込者(代理人不可)をお願い致します。

※振込手数料は振込人様でご負担ください。