証　明　書　等　交　付　願

金沢大学医薬保健学域長
金沢大学大学院医薬保健学総合研究科長
金沢大学大学院医学系研究科長
金沢大学大学院先進予防医学研究科長　　殿

次のとおり，身分証明を沿えて証明書の交付を申し込みます。

※以下の項目について，記入願います。

申請日	年　　月　　日

フリガナ 氏　名	（代理申請者氏名：　　）		
＊英文証明書を希望する場合のローマ字氏名			
現住所			
生年月日	年　　月　　日	連絡先 (Tel or Email)	

※学籍に関する以下の項目について記入願います。

学士課程	年　　月　入学　（学籍番号：　　）	
	第　　学年　在学中	
	年　　月　卒業（学位授与）・退学	
修士課程	年　　月　入学　（専攻名：　　専攻）　（学籍番号：　　）	
	年　　月　修了（学位授与）・退学	
博士課程	年　　月　入学　（専攻名：　　専攻）　（学籍番号：　　）	
	年　　月　修了（学位授与）・退学	
	学位記番号：　医薬保博 ・ 医博　甲 ・ 乙　第　　号	

※交付を希望する証明書について，記入願います。

学位授与 （卒業・修了） 証明書	□　学士課程（医学部医学科/医学類）	通	和英併記
	□　修士課程	通	和英併記
	□　博士課程（甲/乙）	通	和英併記
学位授与及び 成績証明書	□　学士課程（医学部医学科/医学類）	通	和文・英文
	□　修士課程	通	和文・英文
	□　博士課程	通	和文・英文
在籍期間証明書	□　学士課程（医学部/医学類）	通	和英併記
	□　修士課程	通	和英併記
	□　博士課程	通	和英併記
病院見学依頼書	□　病院見学依頼書　＊ホームページのコピー等，病院所定の様式を添付下さい	通	
	病院名： 診療科：　　期間：　／　～　／		
マッチング推薦書	□　マッチング推薦書　＊病院所定の様式を添付下さい 病院名：　　宛先：	通	
その他	□　その他　（　　）	通	和文・英文

使用目的	（具体的に）
提出先	（具体的に）
備考	厳封：　要　・　不要　　受領希望日：　年　月　日 その他：

□　身分証明書（免許証等）の写し　　受領日　年　月　日
□　代理申請　　交付日　年　月　日　　担当：