

| | |
|-------------------------------|--|
| 申請年月日 | 平成 年 月 日 |
| 各種証明書申請書 (印刷してご利用ください) | |
| ふりがな | |
| 氏名 | (旧姓) *氏名のローマ字表記(英語の証明書を申し込む場合) |
| 生年月日 | 昭和 年(西暦 年) 月 日生 |
| 現住所 (希望郵送先) 及び連絡先 | 〒 - 電話番号 - - ※日中、連絡の取れる電話番号 メールアドレス |
| | 受取人氏名及び連絡先等 ※受取人が本人以外の場合、記入 受取人氏名 電話番号 - - ※日中、連絡の取れる電話番号 電話番号(勤務先) - - () メールアドレス |
| 学年 | 医学科 年 修士・博士 課程 年 学生番号 () |
| 卒業(修了) 年月日 | 昭和・平成 年 月 日 学部 卒業 昭和・平成 年 月 日 修士 修了 昭和・平成 年 月 日 博士 修了・退学 研究生 昭和・平成 年 月 日 在籍 満了 |
| 成績証明書 | 学部 和文 通 英文 通 修士 和文 通 英文 通 博士 和文 通 英文 通 |
| 卒業(修了) 証明書 | 学部 和文 通 英文 通 修士 和文 通 英文 通 博士 和文 通 英文 通 |
| 卒業(修了)見 込証明書 | 学部 和文 通 英文 通 修士 和文 通 英文 通 博士 和文 通 英文 通 |
| 在学(籍) 証明書 | 学部 和文 通 英文 通 修士 和文 通 英文 通 博士 和文 通 英文 通 研究生 和文 通 英文 通 |
| 実習依頼書/ 見学依頼書/ 推薦書 | 実習依頼書・見学依頼書・推薦書 ※必要な証明書を○で囲むこと 推薦・依頼先: 実習等日程: ※施設名・本人連絡先・希望診療科等、追記事項がある場合、下記に記入 必要部数 _____ 通 |
| その他証明書 | ※具体的な内容を記入 所定の書式がある場合は同封すること 必要部数 _____ 通 |
| 使用目的 | |
| 提出先 | |
| その他特記事項 | |

申請・お問い合わせ

〒060-8638 札幌市北区北15条西7丁目
北海道大学医学系事務部総務課 医学科教務担当 行
Email:kyomu@med.hokudai.ac.jp TEL 011-706-5005,5006