

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			生年	昭和・平成	年	月	日					
氏名	(旧姓)		月日	(西暦	年)							
	*氏名のローマ字表記(英文の証明書・学位授与証明書を申し込む場合)											
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											
	医学科	年	学生番号									
学 年	医学院(医学研究科)	修士・博士課程	年	( )								
	医理工学院	修士・博士後期課程	年									
卒業(修了) 年月日	医学科	昭和・平成	年	月	日	卒業						
	医学院(医学研究科)	昭和・平成	年	月	日	修士 修了						
	医理工学院	平成	年	月	日	博士 修了・退学						
研究生	昭和・平成	年	月	日	卒業							
	平成	年	月	日	修士 修了							
成績証明書	医学科	和文	通	修士	和文	通	博士	和文	通			
		英文	通		英文	通	(後期)	英文	通			
卒業(修了) 証明書	医学科	和文	通	修士	和文	通	博士	和文	通			
		英文	通		英文	通	(後期)	英文	通			
卒業(修了) 見込証明書	医学科	和文	通	修士	和文	通	博士	和文	通			
		英文	通		英文	通	(後期)	英文	通			
在学(籍) 証明書	医学科	和文	通	修士	和文	通	博士	和文	通	研究生	和文	通
		英文	通		英文	通	(後期)	英文	通		英文	通
学位授与証明書 (和英併記)	*学位記番号:第 号		*本籍地(外国籍の方は国籍):									
	*学位授与年月日:昭・平 年 月 日		*専攻分野の名称:博 士 ( )									
	*学位論文題名:		必要部数 通									
	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											
実習依頼書 見学依頼書 推薦書	*推薦・依頼先:											
	*実習/見学日程:											
	*実習/見学診療科:											
	*施設名・本人連絡先等、追記事項がある場合、下記に記入											
その他 証明書	必要部数 通											
	※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											
使用目的 ※必ず記入	必要部数 和文 通											
	英文 通											
提出先 ※必ず請求件数分記入												
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/医学院】教務担当 行 ※該当する方を記入してください

医学科: ☒kyomu@med.hokudai.ac.jp ☎011-706-5006 / 医学院: ☒d-tanto@med.hokudai.ac.jp ☎011-706-5019