

申請年月日	令和 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) ※改姓された方のみ (旧姓・新姓) 証明書の氏名についていずれかに ○をつけてください ※改姓後の氏名で証明書の発行を希望される場合は、戸籍妙本(謄本)と改姓届を同封してください。(初回のみ) ※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)		
生年月日	昭和・平成 年(西暦 年) 月 日		
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	学生番号
	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・平・令 年 月 日	卒業
	医学院(医学研究科)	昭・平・令 年 月 日	修士 修了
	医理工学院	平・令 年 月 日	博士 修了・退学
		平・令 年 月 日	修士 修了
		平・令 年 月 日	博士後期課程 修了・退学
研究生	昭・平・令 年 月 日 ~ 年 月 日 在籍 満了		
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
	英文 通	英文 通	(後期) 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・令 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	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/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 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 和文 通 英文 通		
使用目的 ※必ず記入			
提出先 ※必ず記入	※請求件数分記入(予備の発行は受付けておりません)		
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/医理工学院】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 / 医理工学院: ☎d-tanto@med.hokudai.ac.jp ☎011-706-5019