

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、戸籍抄本(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 () 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 博士 修了・退学
	医理工学院 平・令 年 月 日 修士 修了 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 研究生 和文 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・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