

／ (伺)請求の通り交付いたしたい。

事務局 次長	教務学生 G主幹	担当係長	係

証 明 書 等 交 付 願

年 月 日

愛媛県立医療技術大学長 様

〒

住 所

氏 名

印

連 絡 先

()

下記のとおり、証明書等の交付をお願いします。

記

証明書等の種類 および必要数	<input type="checkbox"/> 成績証明書 () 通	英文の場合は 括弧の中に (英文)と 記入してくだ さい。
	<input type="checkbox"/> 卒業(修了)証明書 () 通	
<input type="checkbox"/> その他 () 通		
証明書等の用途	就 職 ・ 進 学 ・ その他 ()	
卒業(修了)時の 状況	卒業(修了)年月	年 月 卒業(修了) (年度卒)
	所 属	学 科 ・ 専 攻
	卒業(修了)時の 氏 名	ローマ字表記 () ※英文証明書が必要な場合のみ記入してください。
	生 年 月 日	年 月 日生

- 注 1) 証明書1通につき手数料700円 (納入は現金または郵便為替) が必要です。
2) 証明書の種類 (英文の証明書等) によっては、発行までに時間がかかる場合があるので、
あらかじめご了承ください。