

証明書交付願

No. _____

受理日: _____

証明書交付は、土・日・祝日を除いた3日後です。ただし、英文証明書、調査書等の交付は、約10日を要します。

在学時の氏名	(英文証明書の申請はローマ字表記も記入)	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女
E-Mail	※教務掛アドレス hs-kyomu@office.med.kyoto-u.ac.jp を受信可能にしておいてください。				
現住所	〒 Tel () - -				
入卒年月	昭和・平成 年 月 入学 昭和・平成 年 月 卒業(修了)				
所属 (○を付ける)	学部/医短： 看護・衛生技術(検査)・理学・作業・専攻科助産 大学院： 看護科学・検査技術科学・リハビリテーション科学 ※その他：				
証明書の種類	() 通 () 通 () 通				
必要とする理由					
証明書の提出先	明記されていない場合は、証明書を発行できません。				
上記のとおり証明書を交付してください。 平成 年 月 日 氏名 _____ 昼間時連絡先(携帯電話など) ()					

※医短以前の医学部附属看護学校・助産婦学校もしくは医学部附属臨床検査技師学校を卒業された方、研究生など。