

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	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	年 月 入学 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 <small>明記されていない場合は、 証明書を発行できません。</small>					
上記のとおり証明書を交付してください。 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。