

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。