

証明書交付願

大阪大学大学院
 大阪大学・金沢大学・浜松医科大学・千葉大学・福井大学
 連合小児発達学研究科長 殿

平成 年度入学（学籍番号： ）			
小児発達学専攻		講座	研究領域
フリガナ 本人氏名		住 所	〒 Tel ()
生年月日	年 月 日	メールアドレス	
英文証明が必要な場合、英文表記氏名を記入			

下記のとおり証明書の発行を申請します。

記

必要理由：

提出先：

必要な証明書（□にチェック）		種 類	必要部数	備考
大 学 院 生	<input type="checkbox"/> 在学証明書	和文・英文		
	<input type="checkbox"/> 成績証明書	和文・英文		
	<input type="checkbox"/> 修了見込証明書	和文・英文		
	<input type="checkbox"/> 修了証明書	和文・英文		
	<input type="checkbox"/> 在学期間証明書	和文・英文		
	<input type="checkbox"/> 退学証明書	和文・英文		
	<input type="checkbox"/> 学位授与証明書	和文・英文		
研 究 生	<input type="checkbox"/> その他	和文・英文		
	<input type="checkbox"/> 在学証明書	和文・英文		
	<input type="checkbox"/> 在学期間証明書	和文・英文		
<input type="checkbox"/> その他	和文・英文			

◎受領方法： 窓口で受け取る（ 大阪校 金沢校 浜松校 千葉校 福井校）
 郵送希望（返信用切手を貼付した返信用封筒を同封のうえ申請してください。）

申請先： 大阪大学医学系研究科総務課 連合研究科担当
 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2
 TEL：06-6879-3026 FAX：06-6879-3347
 Email：office@ugscd.osaka-u.ac.jp

※処理欄	交付日	平成 年 月 日	専門職員	担当者
備考				