

大学 / 大学院 / 短大 / 学院
(上記いずれかを○で囲んでください)

証明書交付申請書

平成 年 月 日

山形県立保健医療大学長 殿

昭和・平成 年 3月卒業
【短大・大学・大学院】
学科・研究科 学籍番号
【学 院】
学 部 第 期生
氏 名 (旧姓)
生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日
住 所 〒
電 話 番 号 - -

下記の証明書の交付をお願いします。

記

証 明 書 の 種 類 (必要な証明書に○を付け、 必要数を記入すること。)	1 卒業証明書	通
	2 成績証明書	通
	3 修了証明書	通
	4 単位取得証明書	通
	5 その他証明書 ()	通
使 用 目 的		
提 出 先	名 称	
	所 在 地	
提 出 期 限		

手数料支払確認欄

[Dashed box for fee payment confirmation]