

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

年 月 日

山形県立保健医療大学長 殿

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

ふりがな ふりがな

氏 名 (旧姓 )

生 年 月 日 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 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

Large empty dashed box for fee payment confirmation.