在学生
<マッチング用>

決	学長	医学部長	学生課長	副課長	班長	係
裁	二					

(伺い)
交付してよろしいか。

証明書交付願

年 月 日

和歌山県立医科大学長 様

学部 / 学年	医学部 /	年
学籍番号		番
氏名		
生年月日	年 月 日	
現住所		
連絡先	MAIL	
	TEL ()	

(使用目的) マッチング

(提出先) 裏面に記載

のため、下記証明書を交付願います。

種類	必要部数	*発行番号	*契印
卒業見込 証明書	通		
成績証明書	通		
推薦書	通		
CBT成績表	通		

※1 交付には、申込から3日程度要する。(土、日、祝日等事務室閉鎖日を除く)

提出先と証明書の内訳

	提出先(病院名)	卒業 見込 証明書	成績 証明書	推薦書	CBT 成績表
例	和歌山県立医科大学付属病院	○			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
各種証明書必要部数の合計					

- ※1 提出先の病院名をご記入いただいた上で、必要な証明書の欄に「○」印を付けてください。
- ※2 成績証明書に加えて、CBT成績表も必要な病院がありますので、ご注意ください。
- ※3 提出先1ヵ所につき、各証明書1通のみの発行とさせていただきます。