大学卒業証明書（DIPLOME）

在ストラスブール日本国総領事殿

申請者氏名..... **申請日**.....**年**.....**月**.....**日**

住　所.....

電話番号　自宅：..... **携帯：**.....

使用目的.....**提出先**.....

下記の事項を全て**ローマ字**でご記入ください。

NOM：（姓）

Prénom：（名）

Date de naissance：（生年月日）

Je soussigné, _____
大学総長、*学長*、*学部長の姓名*

＊Président　Directeur　Doyen　Recteur

de L'Université "_____" à _____
大学の名称　所在地（県名）

certifie que la personne ci-dessus mentionnée a terminé le cycle d'études

à la Faculté des _____ Section _____
学部の名称　学科の名称

De cette université le _____ et qu'il (elle) en est diplômé(é)：
卒業年月日

" licence "_____".
学士号の名称

Le _____
証明書交付年月日

＊該当する名称を○で囲んで下さい。

＊ 証明書は、その発行から長い期間が経過すると、提出先によっては証明書の効力が失われてしまう場合がありますので、できるだけ早く受け取りを行うようお願いします。また、お引取りのない証明書（提出された関係書類の原本を含む）は、３年間の保管期間が経過した後、廃棄されますのでご承知おき願います。

私は上記の留意事項に同意のうえ、証明書を申請します。 申請者署名_____

在外公館記入欄

発行年月日：　交付年月日：　証明番号：