

通学証明書発行願

確認	発行

西暦 年 月 日提出

学科名等	医学科・看護学科・大学院生(博士・修士/博前・博後)		
学籍番号		学 年	年
(ふりがな)		卒業予定年月 ※該当に○	2025年・2026年・2027年・ 2028年・2029年・2030年・ 2024年
氏 名			9月・3月
生年月日	昭和・平成・西暦 年 月 日		
現住所	〒 -		
電 話	Tel () -		
携帯電話	Tel () -		
発行理由 ※該当に○	1. 新規	2. ルート変更のため	3. 住所変更に伴うルート変更のため (住所登録等変更届を提出してください。)
	4. 紛失	5. その他()	
通学区間 ※交通機関ごとに記入	-		-
	-		-
受取方法 ※希望に○	1. 学務課窓口 2. 郵 送 (送付先住所等を記入した封筒(切手貼付要)を準備の上、学務課職員に提出してください。下記、送付先控えも記入すること。)		

発行年月日	年 月 日	発行番号	
契 印			
受領確認	学生証・本人確認書類 (確認日 /)		
記事(備考)			

※取得した個人情報については、通学証明書発行以外の目的に利用することはありません。

注)願出の翌日午後発行とします。事情により当日発行を必要とする場合は相談して下さい。

送付先控え (現住所と同じ場合は 記入不要)	〒 -
---------------------------	-----