様式３－３

通 学 証 明 書　発 行 願

年　　月　　日

国際医療福祉大学
塩谷看護専門学校長　殿

学年　　年生　学籍番号
氏名

下記の通り通学証明書を発行してくださるようお願いいたします。

記

住　　所	
定期券購入期間	１か月　　３か月　　６か月
交 通 機 関 名	ＪＲ　　私鉄　　バス
通　学　区　間	駅 間　　経由 駅
学　籍　番　号	
定期券使用期間	年　　月　　日から 年　　月　　日まで

学校長	副学校長	事務長	教務主任	関係者	受付日