

契印

No. _____

通 学 証 明 書

学校種別又は 指定番号	64	区分	
----------------	----	----	--

通学者の 氏名・年齢	(歳)		
通学者の居住地	電話：		
部科及び学年	看護学科	学年（年次）	
身分証明書番号			
通学区間	駅	駅間	經由
通学定期乗車券の有効期間	ヶ月		
※通学定期乗車券の使用開始日	年 月 日	年 月 日	から
卒業予定年月日	年 月 日	年 月 日	まで

証 明	年 月 日 発行
学校所在地：新潟県長岡市川崎町2041番地	
学校名：JA新潟厚生連中央看護専門学校	
学校代表者氏名：学校長 矢 尻 洋 一	職 印

1. この証明書の有効期間は、発行の日から上記の期間まで（1ヶ月間）です。
2. この証明書のうち、※印の欄以外の記入事項は、発行者が記入してください。
3. この証明書のうち※印の欄は、通学者が記入してください。
4. この証明書に記入した事項を訂正した場合は、※印欄の記入事項については通学者の認印、その他の記入事項については代表者の認印のないものは使用できません。

下欄には、記入しないでください

年 月 日 まで	
(発行駅)	(乗車券番号) (発行年月日)
(基本運賃)	(発売運賃) (差額運賃)

【記入時の注意】

以下の項目を記入してください

- ・提出日
- ・通学者の氏名・年齢
- ・通学者の居住地・電話
- ・学年
- ・身分証明書番号（学籍番号）
- ・通学区間
- ・通学定期乗車券の有効期間
- ・※通学乗車券の使用開始日
- ・卒業予定年月日