

受験番号

※

専修学校専門課程修了（見込）証明書

東京女子医科大学 学長 殿

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記の者について、下記のとおり証明します。

1. 専 修 学 校 専 門 課 程 名 _____

2. 修 業 年 限 _____ 年

3. 課程修了に必要な総授業時間数 _____ 時間

4. 専 修 学 校 専 門 課 程 認 可 日 _____ 年 _____ 月

5. 修 了 （ 見 込 ） 年 月 _____ 年 _____ 月（修了・見込）

年 _____ 月 _____ 日

住 所 〒 _____

電話番号

学 校 名

学校長名



※大学記載欄