

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

(印)

※大学記載欄