

受験
番号

※ 記入しないでください

修了(修了見込)および出願資格証明書

(西暦) 年 月 日

新潟医療福祉大学 学長 殿

高等学校名

学校長名

公

記載責任者
の職位と氏名

印

下記の記載事項について、証明します。

フリガナ		男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日	志願 学部 学科	学 部
氏 名						学 科

上記の者は、西暦 年 月本校を [修了した ・ 修了見込] 者であることを証明する。

なお、本校の専攻科は学校教育法第58条の3に規定する文部科学大臣の定める基準を満たすものであり、

上記の者は大学への編入学資格を有することを証明する。