

担当課長 認 印	※
-------------	---

通 学 証 明 書 交 付 願

年 月 日

愛知医療学院大学長 様

リハビリテーション学部 リハビリテーション学科 専攻名 ()
 学 年 (年) 学籍番号 () 性別 (男・女)

※交付願提出時に縦3cm×横2.5cmの顔写真を併せて提出すること

氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	TEL () -		
交通機関	乗車区間	交通機関	乗車区間
JR 東海	～	豊橋鉄道	～
地下鉄	～	東海交通	～
市バス	～	知多バス	～
名鉄電車	～	名阪近鉄	～
名鉄バス	～	三重交通	～
近鉄電車	～	岐阜バス	～
愛知環状	～	養老鉄道	～
	～		～

※ 証明書交付日 年 月 日 印