専修学校専門課程の修業年限及び課程修了に要する総授業時間数の証明書

志願者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 （西暦）　　年　　月　　日生

修了（修了見込）学科名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

専門課程修了（修了見込）年月日

（西暦）　　年　　月　　日　修了・修了見込

上記の者は，本専修学校専門課程（学校教育法に定める専修学校専門課程として　　年　　月認可済）において，修業年限２年以上及び総授業時間数 1,700 時間以上の課程を修めた又は 2020 年３月までに修める見込みであることを証明する。

（西暦）　　年　　月　　日

専修学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学 校 長 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

所　在　地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電 話 番 号　　－　　－

2020年度信州大学医学部保健学科
第3年次編入学

受験番号
※

志 願 理 由 書

志 望 専 攻 名
学専攻

〈記入上の注意〉1.　必ず志願者本人が記入してください。
2.　黒か青のボールペン又はインクで横書きとしてください。
3.　※印欄は記入しないでください。

フリガナ		性 別	生 年 月 日
志願者氏名		男 女	(西暦)　　年　　月　　日生

あなたが本学科・専攻を志願した理由について，800字程度で記入してください。

5
10
15
20

受験番号

※

5

10

15

20

25