

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 昭和・平成 _____ 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

昭和・平成・令和 _____ 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令和6年3月までに修める見込みで
あることを証明する。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

専修学校名 _____

学 校 長 名 _____ 印

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____ — _____

令和6年度信州大学医学部保健学科
第3年次編入学入試

志願理由書

受験番号

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. 黒又は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。

[illegible]

5

0

5

20

受験番号

[illegible]