

臨床実習用通学証明書交付願

令和 年 月 日

下記理由により通学定期券の発行を希望しますので、証明願います。

専門学校 川崎カトリック学院長 殿

学科 ・ 学年 学籍番号	理学療法学科・作業療法学科 ____年 学籍番号：_____			
氏 名	(男 ・ 女)			
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 () 歳			
<u>実習での通学者の</u> 住 居 地	(〒 —)			
電話番号 (携帯)				
実 習 先 名 称				
利 用 区 間	J R	駅から	駅まで	
	バ ス	停留所から	停留所まで (バス)	
	水島臨海鉄道	駅から	駅まで	
	路 面 電 車	停留所から	停留所まで	
	そ の 他	駅から	駅まで	
交 付 枚 数	J R	枚 / バス	枚 / 水島臨海	枚
	路面電車	枚 / その他	枚	

.....

事 務 室	発行年月日	文書番号
	年 月 日	初回
	年 月 日	継続