

通学証明書交付願

年 月 日

石川県立看護大学長 様

住所（住居地）

学籍番号

氏 名

性 別 男 女 年 齢 才

下記のとおり通学定期乗車券を購入したいので、証明して下さるようお願いいたします。

記

通 学 区 間	鉄道	駅 (バス停)	駅間 (バス停)	経 由
	バス			
通学定期乗車券 の有効期間	箇月			
通学定期乗車券 の使用開始日	平成 年 月 日から			

発行年月日 平成 年 月 日

発行番号 NO. _____