

受験資格証明書

年 月 日

神戸医療未来大学長 殿

所在地 _____

専修学校名 _____

学校長名 _____ ⑩

下記の者は、(表1)に記載のとおり学校教育法第132条に定める大学編入学受験資格を有することを証明する。

記

フリガナ _____

氏 名 _____

生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

(表1) 1~7をご記入ください。

| | | |
|---|---|-----------------------|
| 1 | 学科名 | 学 科 |
| 2 | 専門課程名 | 専門課程 |
| 3 | 同専門課程の都道府県知事設置許可年月 | (西暦) 年 月 |
| 4 | 同専門課程が専門士称号を 文部科学大臣から認められた年月 | (西暦) 年 月 |
| 5 | 入学年月 | (西暦) 年 月 |
| 6 | 修了または修了見込年月 | (西暦) 年 月 (修了・修了見込) |
| 7 | 大学編入学受験資格 (該当する番号に○印を付けてください) | |
| | ① 専門士の称号を付与された者又は修了時に付与見込の者 ② 上記①以外のもので修業年限が2年以上でありかつ課程修了に必要な総授業時間数が1700時間以上である専修学校の専門課程を修了した者又は修了見込の者 | |