

# 高等学校看護専攻科修了（見込）証明書

明治国際医療大学長 殿

氏 名

生年月日 年 月 日

上記の者は、本校において、文部科学大臣の定める基準を満たす高等学校看護専攻科の課程を 年 月 日 修了・修了見込み であることを証明する。

年 月 日

学校所在地・TEL

学 校 名

学 校 長 名

公 印

高等学校看護専攻科 編入学認可年月： 年 月 認可