

専修学校修了（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下記基準を満たす専修学校の
専門課程を 年 月 日 修了・修了見込み であることを証明する。

記

- ・ 修業年限が2年以上である。
- ・ 修了に必要な総授業時間数が1700時間以上である。

年 月 日

学校所在地・TEL

学 校 名

学 校 長 名

公 印

専修学校認可年月： 年 月 認可

* 専修学校の認可年月を記入してください。

* この証明書は、すべて専修学校で記入してください。