

通学証明書交付願

年 月 日

敦賀市立看護大学 学長 殿

学籍番号

氏 名

下記のとおり、通学証明書を交付されたく、お願いいたします。

| | |
|---------------|---------------------|
| 現住所 | 〒 - 電話 () - |
| 通学区間 | 駅 駅間 経由 |
| 通学証明書の提出先 | 西日本旅客鉄道株式会社・その他 () |
| 通学定期乗車券の有効期間 | 1か月・3か月・6か月 その他 () |
| 通学定期乗車券の購入予定日 | |
| 備 考 | |

*通学区間は現住所の最寄駅から大学の最寄駅に限ります。

*通学証明書の有効期間は原則として発行日から1か月です。通学証明書の交付申請日から1か月以上（最大3か月まで）のちに通学定期乗車券の購入を予定している場合は、備考欄にその理由を記載して下さい。