

# 在学証明書

住所 佐々町 免 番地

氏名 \_\_\_\_\_

昭和  
平成 年 月 日生

在学科名 \_\_\_\_\_

在学期間 \_\_\_\_\_ 年 月 日～ \_\_\_\_\_ 年 月 日

上記の者は、本校に在学していることを証明します。

令和 年 月 日

所在地

施設名

代表者名

