

本紙は高等学校専攻科に在籍する方のみ提出してください。

個人対象要件証明書（専攻科のみ）

下記の者は、令和 年 月 日（基準日）において、以下のとおりであることを証明します。

生徒氏名	(ふりがな)	きょうと	さくらこ		
	姓	京都	名	桜子	
学校名 課程・学科等名	■■高等学校 看護専攻科			学 年	1

(該当する方に✓をすること)

- ☒ 以下のア～ウのいずれにも該当しません。
- ☐ 以下のア～ウのいずれかに該当します。（ア～ウのうち該当するものに○を付すこと）

- ア 退学、停学（三か月以上の者に限る。）の処分を受けた者
- イ 前年度における修得単位数が当校の定める当該年度の標準修得単位数の5割以下の者
- ウ 前年度における出席率が5割以下の者

※ア～ウのいずれかに該当する者で、災害、疾病その他のやむを得ない事由がある場合は、以下に具体的な状況を記載すること。

よく確認して正確に記入してください。

年 月 日

学校による証明欄です。
必ず証明してもらってください

学 校 名
校 長 名 印