

学校関係者の方へ

- ・ きょうだいで入園（希望）中の場合は、提出は1枚で構いません。
- ・ 黒のボールペンで、はっきりと楷書で記入またはチェックを入れてください。※消せるボールペンは不可
- ・ ※欄は該当する方のみです。※印以外は必ず記入してください。
- ・ 証明日時点の状況について、事実のとおり記入してください。

裏面の記入例をよくお読みください。
記入もれがあると受付できません。
もれのないように記入してください。

施設・事業所名	
児童番号	

在学証明書兼申告書

神戸市長 及び

福祉事務所長 宛

氏名	神戸 夏太郎	〔続柄： <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()〕
児童氏名	神戸 春	(児童生年月日) ○○○○年 ○月 ○日

私の就学状況について、次のとおり届け出ます。
通学している日の状況については、別紙「タイムスケジュール」のとおり申告します。

学校記入欄（保護者が記入した場合、この証明書は無効となります）

本校に在学している

下記の者は、

本校で職業訓練、指導員訓練、認定職業訓練その他の職業訓練を受けている

ので、次のとおり証明します。

氏名	神戸 夏太郎		
住所	神戸市中央区加納町6丁目5番1号		
在籍学部・科	看護学部看護学科 (在籍学部・科がない場合、所属するコース名や専攻分野を記入してください)		
入学年月日	△△△△年 4月 1日		
学年	4年制 3年次 在学中		
卒業年月日	<input checked="" type="checkbox"/> XXXX年 3月 31日見込 <input type="checkbox"/> 未定		
※休学中の場合	休学期間	年 月 日から 年 月 日	
	休学理由		
◇◇◇◇年 11月 11日証明			
	学校名	神戸市立看護大学	
	所在地	神戸市西区学園西町3丁目4	
	代表者名	○○ ●●	
	電話番号	078-***-****	
	(記入者 事務局△△課	<input type="checkbox"/>	電話番号 078-****-****)
※上記の証明者の 所在地と実際の 通学先が異なる場合	所在地		
	通学先		
	電話番号		