

在学証明書

(教育・保育給付認定および施設等利用給付認定申請用)

平群町長 殿

証明日： 年 月 日

学校名

役職
代表者名

印

所在地

連絡先

担当部署/担当者名：

次の者は、本校に 在学中 ・ 在学予定 であることを証明します。

氏名		生年月日	年 月 日
住所	奈良県生駒郡平群町		
在籍学部/学年	※学部がない場合は、所属や専攻分野などを記載してください。		
入学日	年 月 日	卒業	年 月 日 予定・未定

*証明される方へのお願い

この証明書は、教育・保育給付認定および施設等利用給付認定申請に必要なものです。
修正があった場合は、訂正印をお願いします。
なお、内容確認のために貴校担当者様へ照会させていただく場合があります。
代表者による証明が原則ですが、学部長などによる証明でも受け付けます。