

高等学校等専攻科の課程修了・修了見込者用

2025年度 新潟医療福祉大学 3年次編入学選抜	
受験番号	※ 記入しないでください

修了(修了見込)および出願資格証明書

(西暦) 年 月 日

新潟医療福祉大学 学長 殿

高等学校名

学校長名

公印

記載責任者の
職位と氏名

印

下記の記載事項について、証明します。

フリガナ		男・女	生年月日	(西暦)	年	月	日	志願学部 学科	学部
氏名									学科

上記の者は、西暦 年 月本校を [修了した ・ 修了見込] 者であることを証明する。

なお、本校の専攻科は学校教育法第58条の2に規定する文部科学大臣の定める基準を満たすものであり、

上記の者は大学への編入学資格を有することを証明する。

- 署名・捺印のうえ、厳封して志願者へお渡してください。
- 高等学校等の専攻科の過程を修了または修了見込みの方以外は提出不要です。