

年 月 日提出

### 臨地・臨床実習用通学証明書申込書

(いずれかに○)  
 ( )看護 ( )検査 ( )理学 ( )作業 専攻 学籍番号 \_\_\_\_\_ M フリガナ \_\_\_\_\_ (いずれかに○)  
 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ ( )男・( )女

現住所 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

現在、利用している交通機関名及び利用区間 E-mail \_\_\_\_\_

- ① \_\_\_\_\_ 駅～ \_\_\_\_\_ 駅      ③ \_\_\_\_\_ 駅～ \_\_\_\_\_ 駅  
 ② \_\_\_\_\_ 駅～ \_\_\_\_\_ 駅      ④ \_\_\_\_\_ 駅～ \_\_\_\_\_ 駅

※現住所の最寄り駅から実習先の最寄り駅までの区間を全て記入してください。

実習期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) ～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) ※注1

実習時の居住先(Tel)	実習開始日 現在の年齢	利用する交通機関名 ※注2	利用区間 ※注3	名谷までの通学経路と重複している区間の場合は○	実習施設名等
<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記と異なる (下記に記入してください) 〒 _____ ----- ----- Tel _____ - _____ - _____	才		～		施設名：
			～		
			～		実習名：
			～		

- ※注1 同じ病院・施設等に4週間以上継続して実習に行く場合のみ申請できます。  
 ※注2 経路は、当該交通機関を事前によく検討したうえで決定・記入してください。  
 また、通常の通学区間の証明書は、証明書発行機で発行してください。なお、記入はすること。  
 ※注3 近畿日本鉄道を利用する場合は、利用区間欄に( )で定期券購入希望駅を記入すること。