

受験番号	(本学記入欄)
------	---------

(西暦)

.....年.....月.....日

歯科衛生士国家試験受験資格 取得見込証明書

京都光華大学短期大学部

学 長 高見 茂 殿

学 校 名

学校長名

印

下記の者が、本学において歯科衛生士国家試験受験資格取得に必要な科目を履修見込であることを証明します。

記

志 願 者 氏 名

志願者生年月日 (西暦) 年 月 日

所属学部・学科